André Quaderi

PSYCHOLOGIE DU VIEILLISSEMENT

ARMAND COLIN

André Quaderi

PSYCHOLOGIE DU VIEILLISSEMENT

ARMAND COLIN

André Quaderi

PSYCHOLOGIE DU VIEILLISSEMENT

sous la direction
de Jean-Louis Pedinielli

ARMAND COLIN

Conception de maquette intérieure : Atelier Didier Thimonier
© Armand Colin, Paris, 2013
ISBN : 978-2-200-29086-3

Dans la même collection

BARTHELEMY S. et BILHERAN A., *Le Délire*

BÉNONY H., *L'Examen psychologique et clinique de l'adolescent*

BILHERAN A., *Le Harcèlement moral*, 3e éd.

BLANCHET A. et TROGNON A., *La Psychologie des groupes*, 2e éd.

BOULZE I., *L'Alcoolisme*

BOURGUIGNON O., *La Déontologie des psychologues*, 2e éd.

BRÉJARD V. et BONNET A., *L'Hyperactivité chez l'enfant*

CHARRIER P. et HIRSCHELMANN-AMBROSI A., *Les États limites*, 2e éd.

CORDIER F. et GAONAC'H D., *Apprentissage et mémoire*, 2e éd.

DELAROCHE P., *L'Adolescence. Enjeux cliniques et thérapeutiques*

FERNANDEZ L. et LETOURMY F., *Le Tabagisme. De l'initiation au sevrage*

GRAZIANI P. et SWENDSEN J., *Le Stress*

GRAZIANI P., *Anxiété et troubles anxieux*

GUENICHE K., *Psychopathologie de l'enfant*, 3e éd.

HACHET A., *La Clinique de l'enfant*

HAOUZIR S. et BERNOUSSI A., *Les Schizophrénies*, 2e éd.

HARRATI S., VAVASSORI D., VILLERBU L. M., *Délinquance et violence*, 2e éd.

MICHEL A., *Les Troubles de l'identité sexuée*

PEDINIELLI J.-L. et BERTAGNE P., *Les Névroses*, 2e éd.

PEDINIELLI J.-L. et BERTAGNE P., *Les Phobies*

PEDINIELLI J.-L. et BERNOUSSI A., *Les États dépressifs*, 2e éd.

PEDINIELLI J.-L. et GIMENEZ G., *Les Psychoses de l'adulte*, 2e éd.

PEDINIELLI J.-L., *Introduction à la psychologie clinique*, 2e éd.

POUPARD G. et MARTIN V. S., *Les Thérapies brèves*

SÉDAT J., *Freud*, 2e éd.

TARDIF C. et GEPNER B., *L'Autisme*, 3e éd.

VANIER A., *Une introduction à la psychanalyse*, 2e éd.

Table des matières

Couverture

Page de titre

Page de Copyright

Dans la même collection

Introduction

1. Représentation de la vieillesse dans l’art pictural

1. Représentations positives

2. Perceptions négatives

2. État des lieux de la gérontologie en France

1. Introduction clinique

2. Historicité

3. Les différentes structures d’accueil en gérontologie

3.1 L’aide à domicile

3.2 La résidence services

3.3 Suivi médical(isé) : l’Unité de soins de longue durée (USLD)

3.4 L’Établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

3.5 Les maisons Alzheimer

3.6 Les accueils de jour (ADJ)

4. Conclusion : prise en charge et réflexion éthique

3. La dépression de l’âgé

1. Introduction

2. Le deuil

2.1 Exemple clinique

2.2 L’angoisse de castration

2.3 La culpabilité inconsciente

3. Dépression et dépendance

3.1 Le corps et la dépression

3.2 La douleur physique et l’atteinte d’organe

3.3 L’Idéal-du-Moi et vieillissement

4. Les formes aggravées

4.1 Le syndrome de glissement

4.2 La dépression de l’âgé, le suicide et la mort

5. La prise en charge de la dépression

5.1 La sublimation

6. Conclusion

4. La maladie d’Alzheimer

1. Introduction

2. Les théories causalistes

3. Historique des définitions

4. Définitions actuelles

5. Les troubles du comportement

6. Conclusion

5. Écouter le dément : méthode

1. Introduction

2. Clinique

3. Comment communiquer ?

4. Conclusion

6. L’approche non médicamenteuse

1. Introduction

2. Les différentes méthodes non pharmacologiques

3. La médiation comme moyen d’expression de soi et comme intermédiaire à la rencontre

3.1 Le passage de la cure traditionnelle à la technique médiatisée

3.2 Le choix de la médiation dans la démence

4. Les particularités de la pathologie démentielle et l’intérêt de l’approche médiatisée

5. Enjeux transférentiels et pari éthique

6. Vers un cadre adapté à la démence

6.1 En institution ou à domicile ?

6.2 En groupe ou en individuel ?

6.3 Groupe ouvert ou groupe fermé ?

6.4 Le lieu : salle ouverte ou salle fermée ?

6.5 Combien de patients ?

6.6 Un ou plusieurs thérapeutes ?

6.7 La temporalité

7. Conclusion

7. Accompagnement en fin de vie

1. Introduction

2. Les symptômes annonciateurs d’une fin de vie

2.1 Organisation mentale et discours du sujet dément

2.2 La prise en charge de la fin de vie : intégration du schéma familial

3. Conclusion

8. La famille des personnes âgées en institution

1. Introduction

2. Le contexte familial autour du sujet âgé

3. Le placement en institution

4. Présentations cliniques : une mère et sa fille

5. Une ambivalence mère-fille

6. Conclusion

Conclusion

Bibliographie

Liste des co-auteurs

Catherine Duchêne, artiste.
Jérôme Debruyn, psychologue, EHPAD, Toulon.
Ianis Guentchef, psychologue, EHPAD, Ollioules.
Amélie Foulquet, psychologue, EHPAD, Aix-en-Provence.
Ophélie Engasser, psychologue, ATER, université de Nice Sofia Antipolis.
André Quaderi, professeur d’université, université de Nice Sofia Antipolis.

Introduction

La psychologie du vieillissement recouvre une pluralité d'approches théoriques. La neurologie, les sous-disciplines de la psychologie – cognitive, sociale, développement et clinique – sont toutes légitimes pour parler du vieillissement.

Le présent ouvrage va s'intéresser moins à cette séparation scientifique et pédagogique et plus à une réalité du travail du psychologue (quelle que soit sa formation d'origine). Ainsi, le projet est donc, à travers plusieurs chapitres, de décrire la psychologie du vieillissement et par là même de comprendre le travail du psychologue auprès d'une population dans le très grand âge. Ces chapitres (les représentations dans l'art, le vieillissement normal, les institutions, la maladie d'Alzheimer, la dépression, le soin psychique, la famille et l'accompagnement en fin de vie) permettent d'avoir une approche presque professionnelle de la psychologie du vieillissement. Le projet est moins d'avoir des données théoriques mais bien une présentation pragmatique et concrète (au pied du lit de l'âgé) de la psychologie du vieillissement.

L'art nous permettra de saisir les représentations liées à la vieillesse et son corollaire de contre-transfert. Ainsi, une part importante d'étudiants en psychologie souhaite travailler dans le champ de l'enfance, de l'adolescence, du judiciaire mais très peu en gérontologie. Pour autant, nombreux sont ceux qui trouveront un premier emploi dans cette branche. Ils découvriront alors que le chapitre sur l'art renseigne sur la perception que l'on a soi-même du vieux. Car nous sommes tous le vieux d'un autre et, n'en déplaise, nous le serons tous un jour.

Après avoir rapidement présenté le vieillissement normal, nous décrirons les lieux de vie, les institutions d'accueil des personnes âgées en France (lieu de recrutement pour futur psychologue). Cet état des lieux nous renseignera aussi sur les conditions de vie de nos aînés dans notre société française qui n'est pas sans lien sur la psychologie du vieillissement. La pluralité des lieux d'accueil pourra ainsi faire évoluer les idées préconçues souvent négatives sur ces institutions. Tout psychologue salarié aura comme objet de travail la clinique des institutions. Comme tout être vivant, et encore plus l'âgé, nous sommes liés aux conditions de notre environnement. L'institution gérontologique et/ou gériatrique n'est pas neutre et affecte autant le résident que le soignant. Ainsi par ce chapitre, nous appréhendons concrètement à la fois l'employeur du futur du psychologue et le lieu de vie de l'âgé. La dépression est la première pathologie que l'on rencontre à l'écoute de l'autre vieux. Nous tenterons d'en pointer les modalités théoriques et cliniques. Il est impossible de parler du vieillissement sans évoquer la maladie d'Alzheimer. Toutefois, nous nous interrogerons moins sur la description de cette maladie et plus sur la compréhension du comportement de la personne qui en est atteinte et comment entrer en relation avec elle. Là encore, nous avons privilégié l'approche concrète du dément et moins sa description déficitaire (neurologique et cognitive). L'accompagnement en fin de vie et le soutien de la famille concourent tous deux à comprendre avec la dépression la situation de souffrance psychique et de discours de plainte constante (mais non permanente) de l'âgé et de son entourage. De très nombreux exemples cliniques apportent des éclairages à la fois sur le futur travail du psychologue et sur la psychologie du vieillissement.

1

Représentation de la vieillesse dans l'art pictural

Si la représentation de la vieillesse en peinture est là pour nous signifier ce fatidique rappel à l'ordre du temps (auquel tout un chacun est soumis sans exception) tel un terrible miroir, la peinture, elle, permet d'inscrire dans le temps, de figer dans la matière vivante, une image mêlée au ressenti du peintre ornée d'allégories, de symboles et d'imagerie. Les représentations iconographiques de la vieillesse, tout un panel d'images, s'offrent à nous, proposant différents points de vue, d'interprétations et de ressentis face à la vieillesse, au vieillard.

Il y a le beau vieillard, dépeint avec de belles rides plein sur un teint radieux doté d'yeux pétillants rehaussés de belles pommettes rondes et rosées, et d'une belle barbe blanche scintillante. Il est assis, serein, dans son fauteuil, tel un vieux sage qui jouit des dernières périodes sereines de la vie. Un vieillard bienveillant, un de ceux dont on aurait adoré, enfant, grimper sur ses genoux pour y être bercé par une histoire d'une voix douce et grave.

Et il y a aussi le petit vieux, tout fripé, décrit d'une allure courbée et probablement cassante, appuyé sur sa canne. Son visage peut être tuméfié, déformé par son nez crochu orné d'un beau poireau, un œil davantage fermé sur l'autre, et souvent un membre abîmé par quelque événement de la vie, ou une peau rugueuse et de teint verdâtre. Une succession d'éléments qui nous amène à penser qu'il n'est plus en pleine possession de tous ses moyens physiques et, par extrapolation, psychiques également… et que c'est un « être pour la mort » défini par Hegel. Une image glaçante, d'une facette de l'être humain que nous n'aimons pas regarder, que nous préférerons même oublier car elle pourrait nous amener à ressentir du rejet, voire du dégoût. En tout cas, une image au fort potentiel d'identification dont on aimerait échapper. De ces représentations « clichées » que nous avons tous autour de la vieillesse, nous pouvons en répertorier deux bien clivées :

- la vieillesse dépeinte en tant que représentation positive, dans toute sa splendeur de l'éloge de la sagesse ;
- la vieillesse décrite en tant que représentation négative, celle qui nous repousse et nous donne horreur, celle de la décrépitude et de la mort.

1. Représentations positives

Une représentation positive de la vieillesse est *L'Allégorie de la Prudence*, toile du maître vénitien Titien (1488-1576), qui retrace les trois grands âges de l'Homme : la jeunesse, la maturité et la vieillesse. C'est une huile sur toile (76 cm x 69 cm) conservée à la National Gallery à Londres. Elle retrace par là même également les trois générations : le grand-père, le père et le

fils. Les trois âges sont chacun appuyés par une figure animale, une forme de mise en lumière des caractéristiques de chaque étape de la vie : le loup pour l'ancien, le lion pour l'adulte et le chien pour le jeune.

La figure de l'ancien est positionnée à gauche de la composition. Dans notre regard et nos habitudes de lecture occidentales, nous débutons par la gauche. Nous entamons donc la lecture par le vieillard. Même s'il n'est placé ni au centre ni dans la lumière, et qu'il demeure être le seul dans l'ombre, c'est par lui que la lecture commence. Il a un air sérieux et soigné, le regard perçant et une barbe blanche scintillante. On est loin d'un vieillard en décomposition à l'article de la mort, mais bien plus proche d'un ancien, bien en place et possédant tous ses moyens, auprès duquel la jeunesse va pouvoir puiser expérience et sagesse. Davantage en retrait par rapport aux deux autres personnages, légèrement dans l'ombre, il se fait discret mais sa présence n'en est pas moindre. Il est là et soutient la scène. Titien lui attribue la figure du loup, et, par là, les caractéristiques particulières et symboliques de cet animal : les vertus de protection mais aussi de destruction. Une fonction symbolique de justice, l'image du vieux comme sage et juste. Ainsi, Dieu aurait créé les fauves qui peuplent la terre dans le but de punir les hommes qui seraient coupables d'impiété : aux habitants de Jérusalem qui avaient refusé de se convertir, il aurait envoyé « le loup du désert » pour les ravager.

Nous pouvons retrouver l'image du vieux sage, grisonnant et beau, bien portant et l'œil vif dans des toiles telles que *La Mort de Socrate* par Jacques-Louis David.

La Mort de Socrate, Jacques-Louis David (1787).

L'éloge du vieux philosophe condamné à mourir. Bien que d'un âge avancé, ici Socrate est dépeint autour de ses 70 ans, il est représenté dans toute sa splendeur de virilité et de beauté, alors que le philosophe était décrit comme très laid par Platon. La peinture d'histoire ayant un devoir de mémoire, les peintres lui rendent hommage dans une splendeur laudative. Par ce biais, il marque nos mémoires d'un philosophe contraint à mourir par la peine de mort de son époque, boire la ciguë, dans une forme physique encore proche de celle d'un apollon ou d'un dieu du stade olympique, baigné dans la lumière de son charisme. On retrouve une forme de glorification du sujet à l'âge avancé également dans des peintures d'histoire mais à connotations bibliques,

telles que des représentations de saints. Nous avons là, en exemple, saint Pierre repentant, par un peintre flamand, Gérard Seghers, qui, encore une fois, est dans la lumière d'un clair-obscur classique, beau vieillard aux pommettes roses, à la barbe soignée et l'allure élégante. Il est assis là, les yeux baissés pour signifier sa concentration, son voyage intérieur et son lien spirituel. La vie spirituelle ne venant qu'avec l'âge et l'expérience, nous nous retrouvons face à une belle image de la vieillesse, celle de la glorification de la sagesse et de la vie spirituelle.

2. Perceptions négatives

On peut les trouver dans deux peintures de Francisco de Goya (1746-1828), espagnol et peintre à la Cour, auteur de beaucoup de tableaux de commande, ces deux-là, sont de sa production particulière. Il s'agit des tableaux *Les Vieilles* ainsi que *Deux vieillards mangeant de la soupe*. Sur l'un, la décrépitude féminine, dans une vieillesse vêtue de luxe ; sur l'autre, la déliquescence masculine mais humblement vêtue. Nous noterons des similitudes concernant l'image de la vieillesse que nous donne le peintre.

Tout d'abord, il nous propose une gamme de couleurs plutôt sombres et grisonnantes qui amplifient cette ambiance vieillie et esseulée.

Dans chacune de ces toiles, il y attribue un premier et un deuxième rôle. Le personnage principal est décrit dans son action. La femme coquette, attribut féminin même dans l'âge, se regarde dans un miroir. L'homme, lui, est montré dans un apparat beaucoup plus simple et dans une action où il subvient à un de ses besoins vitaux : il se nourrit. Et à côté de ces personnages se trouve un compagnon du même sexe, qui accompagne la scène, mais qui est davantage ravagé que le personnage principal. Et l'attention du spectateur va vers ce deuxième rôle qui a une apparence qui se rapproche de la faucheuse et qui fait office de miroir avec la mort. La présence de ce deuxième personnage accentue l'effet d'isolement et d'ambiance à la limite du morbide de la scène. Sans pousser très loin nos ressentis, on y devine presque grouiller des vers ou autres insectes à connotation morbide. Et voici comment l'œil du spectateur est renforcé d'une information, pour focaliser à nouveau son regard sur le personnage principal, mais cette fois-ci teinté, contaminé par le personnage accompagnant.

En somme, qui que nous soyons, peu importe les richesses accumulées, le rang social auquel nous sommes attribués. Devant l'œuvre de la nature et du temps, nous sommes tous égaux. La fin qui nous est réservée est la même pour tous.

2

État des lieux de la gérontologie en France

1. Introduction clinique

M^me^ M. visite ce jour un Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour y accueillir son mari ayant déclaré une maladie d'Alzheimer depuis maintenant trois ans. Elle se trouve dans cette ambivalence : se séparer de son mari et lui offrir un cadre d'accueil adapté, ou bien souffrir au quotidien de la frustration d'une aide qu'elle ne peut plus lui apporter. Aidant familial à temps plein, elle sait précisément quelles questions poser. Elle explique l'évolution rapide des troubles du comportement de son mari, évoque les six heures de repos par semaine qu'elle obtient lorsqu'elle « le laisse », dit-elle, en accueil de jour Alzheimer trois fois par semaine. L'équipe qui l'accueille lui conseille alors de multiplier ses demandes auprès des divers établissements de la région ainsi que « de se protéger et de se reposer ». Ce à quoi M^me^ M. répond très justement en prenant son manteau : « Vous êtes gentils, vous ! Je n'ai pas d'argent, les "aides sociales" ne sont que les roues de secours des maisons de retraite et l'accueil de jour ne nous accorde que six heures par semaine. Vous voulez que je me repose quand et comment ? ! Qu'est-ce que je vais faire ? »

Comme M^me^ M., des centaines de familles et d'aidants familiaux sont dans l'incapacité d'offrir une maison d'accueil pour leur parent dont la démence a évolué rapidement. En cause : des moyens financiers insuffisants pour payer les frais d'un EHPAD, des renseignements trop souvent absents à la suite d'un diagnostic, un nombre de places restreint dans les accueils de jour et maisons Alzheimer. Ce qui justifie bien souvent un placement provisoire en unité de géronto-psychiatrie ou en hôpital gériatrique.

2. Historicité

Les années 1960 voient émerger avec les hospices, alors seuls accueils réservés à la gérontologie, la notion de « cure médicale » se voulant proposer une prise en charge économiquement rentable et basée sur la durée de séjour liée à la pathologie visée. La France voit alors apparaître des unités de long, moyen et court séjour. Parallèlement, le nombre de personnes âgées augmentant dans l'histoire de l'institution gérontologique, l'État valorise le mode de prise en charge à domicile, moins coûteux.

Les années 1970, quant à elles, misent sur la réflexion sur la dépendance. Les premières aides de l'État émergent. La prestation spécifique de dépendance évolue vers ce que nous connaissons actuellement : « l'aide personnalisée à l'autonomie », rafraîchissement de la terminologie, ère du

positivisme et de la « bientraitance ».

L'existence actuelle de la convention tripartite (1999), visant essentiellement les Unités de soins de longue durée (USLD) et les maisons de retraite, fait disparaître cette notion de cure médicale. La politique actuelle mise sur l'accueil à long terme (même si l'avenir des USLD est mis en question) pour un objectif actuel est de suivre l'évolution de l'état de santé et de dépendance des pensionnaires durant toute la durée de leur vie institutionnelle au sein d'un même établissement.

On peut voir à quel point l'évolution de l'accueil gérontologique est intimement liée à celle de l'accueil hospitalier, en particulier psychiatrique. Il convient cependant de différencier les lieux de gériatrie des lieux de gérontologie : les uns portent leur intérêt sur la médecine des personnes âgées, les autres intègrent le lieu de vie au sein d'un espace médicalisé et prennent en compte le processus de vieillissement dans ses dimensions sociales, psychologiques, économiques et sociologiques.

Comme nous le verrons, cela ne sera pas sans effet sur la perception de soi de l'âgé.

3. Les différentes structures d'accueil en gérontologie

Les avancées de la recherche médicale repoussent régulièrement les limites de l'espérance de vie qui augmente d'environ 2,5 % par an depuis 2006. Il est donc à remarquer l'accroissement important du nombre de décès en EHPAD. Ce qui pose la question des modalités et priorités sanitaires et sociales fixées par la politique française d'accueil gérontologique et de la prise en considération du sujet âgé dans notre pays.

Si Simone de Beauvoir intentait le procès des institutions « mouroir », nous en sommes peut-être aujourd'hui à l'ère de la standardisation (voire de la pathologisation) du processus de vieillissement dans le soin que nous pouvons lui apporter. La création du plan Alzheimer 2008-2012 fixe la prise en charge de la démence comme priorité de l'État et propose des solutions institutionnelles pratiques. Cependant, la recherche de pragmatisme diminue parfois l'humanisation. Car, ne l'oublions pas, la gérontologie questionne le processus de vieillissement dans tout ce qu'il y a de plus vivant, et non seulement les pathologies qui découlent de cette évolution inexorable.

La terminologie employée en institution parle d'elle-même. À l'entrée en EHPAD, le psychologue évalue les fonctions cognitives donnant lieu à des tests mesurant le degré de dépendance (batterie de tests cognitifs[1]). L'âgé devient alors en EHPAD l'objet de toutes les attentions permettant l'obtention de diverses subventions de l'État. En effet, en deçà d'un GIR[2] moyen pondéré d'une valeur d'environ 700, l'établissement d'accueil ne prouve pas l'utilité des subventions qui lui ont été allouées lors de la signature de la convention tripartite. C'est également du GIR que va dépendre le montant de l'allocation personnalisée à l'autonomie versé à chaque résident.

3.1 L'aide à domicile

L'aide à domicile concerne les plus autonomes[3]. Toutefois, le maintien à domicile peut

concerner aussi des personnes très dépendantes à la condition d'un entourage nombreux, coordonné et bienveillant (surtout en très bonne santé, soutenues par les générations suivantes). Ces services sont organisés en général sur le principe associatif. La politique gérontologique actuelle a mis en évidence le manque cruel de services à la personne (qui tend à se résorber avec le plan Borloo). Malgré la reconnaissance de la nécessité pour le sujet âgé de rester dans son environnement chargé de repères et d'affects, les services d'aide à domicile (SAD) se sont multipliés mais restent en nombre insuffisant. Financés par l'APA ou certaines caisses de retraite, ces services proposent un procédé de téléassistance, apportent les repas, effectuent des actes quotidiens tels que le ménage, les courses, l'aide à la toilette. Ils sont d'une vraie utilité pour les personnes autonomes et en perte d'indépendance. Ils sont le moyen de retarder l'entrée en institution et de renforcer le sentiment de sécurité de l'individu et de sa famille. Bien que « psychopathologiquement » avantageux, il ne stimule pas cependant l'univers social de la personne âgée, souvent installée dans une dynamique d'isolement (que nous avons évoqué dans le chapitre précédent). C'est pourquoi certains SAD créent également des rencontres dans un lieu commun en proposant des activités de type « foyer du troisième âge ». Outre la mise en garde contre une évolution dépressive trop rapide, la rencontre informelle, habituelle, émotionnelle permet à notre cerveau de s'entraîner aux conventions sociales, d'organiser et de planifier des tâches (comme aller acheter du pain ou simplement choisir les vêtements à mettre), de mémoriser les visages rencontrés et, par-dessus tout, de maintenir sa curiosité, son attention et sa concentration sur diverses tâches, même anodines. Il semble que la prévention contre la démence commence d'ailleurs par la rupture de l'isolement du sujet âgé. Les SAD l'ont bien compris et s'y attellent à présent.

Quatre-vingts pour cent des bénéficiaires d'une aide à domicile reçoivent les soins d'intervenants médicaux : ce sont les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Bien qu'ils s'adressent également aux personnes de moins de 60 ans présentant un handicap, ils sont souvent mis en route à la suite de l'hospitalisation de la personne âgée. Ils permettent ainsi de diminuer le temps de prise en charge hospitalière. Ils interviennent à domicile et dans les établissements non médicalisés et proposent des soins infirmiers et des soins d'hygiène si nécessaire. D'après notre expérience, une hospitalisation de plus de trois semaines conduit à un délitement du réseau informel et professionnel du maintien à domicile. Autrement dit, au-delà d'une hospitalisation de trois semaines d'une personne âgée dépendante, le maintien à domicile devient très difficile.

3.2 La résidence services

Exemple clinique

L'épouse de M. V. est décédée il y a un an. Malgré l'aide de Sophie, son aide-ménagère, rester seul dans sa grande maison le terrorise. Il se sent moins vaillant qu'auparavant et dépassé par l'étendue de la tâche à effectuer lorsqu'il regarde son jardin. M. V. a de moins en moins envie de s'habiller le matin, il vit sans horaire. Cet état ne lui convenant plus, il vend sa maison et réinvestit dans un appartement à la résidence « Les Lilas ».

Bon nombre de personnes âgées restent maîtres de leur destin et de leur capital. Ce type de résidence propose un hébergement locatif ou en propriété, et se charge de toutes les prestations hôtelières. La personne bénéficiera à la carte d'une aide-ménagère, de la préparation de ses repas, d'une animation quotidienne, sans les inconvénients d'un lieu de vie collectif. Un certain nombre de grands groupes ont investi ce marché très prisé des personnes âgées… qui en ont les moyens. Ainsi, M^{me} I. pourra choisir ce qu'elle fera de sa journée parmi tout ce qui est

proposé, sans se soucier de toutes ces tâches qu'elle ne peut plus exécuter seule.

Souvent intégrées au cœur des villes, ces résidences présentent l'avantage d'une prestation de qualité dans le respect de la volonté de maintien à domicile de la personne âgée. Elles rompent immanquablement l'isolement et valorisent la capacité et le pouvoir décisionnel du sujet âgé, toujours citoyen. Elles ne dispensent aucun soin médical. Le résident devra faire appel à un SSIAD en cas de nécessité.

Ces résidences restent cependant particulièrement onéreuses… Elles s'apparentent aux villages « retraite » qui font peu à peu leur apparition sur le marché. Ce sont des petites structures, souvent au cœur de la ville.

3.3 Suivi médical(isé) : l'Unité de soins de longue durée (USLD)

Autrefois plus connue sous le nom d'hospice, l'USLD accueille des personnes âgées présentant un fort degré de dépendance et dont l'état de santé nécessite une prise en charge permanente (toutes pathologies confondues). Tous les actes de soins sont pris en charge par le régime de Sécurité sociale, l'hébergement et les repas restent à la charge du résident (pouvant faire appel à l'aide sociale en cas de besoin). Ces unités sont très largement implantées dans les hôpitaux locaux. Elles sont souvent liées et font suite aux services de soins de suite et de réadaptation (court séjour). Signataires de la convention tripartite, elles emploient tout le panel d'agents hospitaliers : médecins gériatres, psychiatres, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, psychologues, ergothérapeutes et/ou psychomotriciens, agents de service hospitalier. Les temps collectifs se focalisent sur les repas auxquels tous les patients ne peuvent assister. Bien que les USLD représentent une vraie solution d'accueil pour des personnes ne pouvant plus s'assumer à domicile, la terminologie qui est employée reste encore trop médicale. L'expression « soignant/soigné » y est prégnante et la personne hospitalisée reste un patient avant tout. Elles bénéficient parfois de lits identifiés « soins palliatifs » (en nombre encore insuffisant à ce jour[4]) permettant de libérer un temps particulier et un personnel formé à l'accompagnement de fin de vie. Elles proposent ainsi une prise en charge de qualité avec une continuité et un confort du soin des derniers instants en évitant l'inconfort d'une hospitalisation dans une autre unité. Elles accompagnent les familles dans divers événements comme l'annonce d'un diagnostic de démence, et tentent de prendre le temps de les intégrer à la prise en charge du patient.

Le temps en USLD est comme suspendu. C'est le temps de la maladie. Loin de toute inscription dans la société, l'USLD ne permet pas de le sentir passer. C'est le temps du « trop et pas assez de temps ». C'est celui du corps et de ses limites, de la frustration et du présent. Sans être le temps de la fin, l'USLD est comme cette boule de neige dans laquelle le sujet est enfermé et protégé, observé de toutes parts, témoin de tout sans pouvoir y participer réellement. Pour y remédier, les USLD développent de plus en plus l'intervention d'associations de bénévoles au sein du service. Celles-ci, supervisant leurs intervenants, ouvrent une fenêtre vers l'extérieur, vers le monde.

3.4 L'Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

L'âge minimum requis d'entrée en EHPAD (et dans tout autre type d'accueil pour personne âgée) est fixé à 60 ans. En deçà, toute prise en charge doit faire l'objet d'une dérogation signée du médecin traitant et du conseil général. Ces établissements ne dérogent pas à la règle de la

classification en fonction du degré de dépendance. Signataire de la convention tripartite, son financement dépend de ses besoins en effectifs journaliers. Ainsi, plus le GIR moyen pondéré est important, plus les subventions seront allouées à ces établissements.

Toutes les prestations d'hébergement sont proposées (on entend aussi « prestations hôtelières ») ainsi qu'un encadrement médical spécialisé. L'équipe pluridisciplinaire est habituellement composée comme suit.

Le médecin gériatre coordonnateur est décisionnaire de la politique de soins à adopter.

L'infirmière coordinatrice est chargée de la logistique de son équipe de soins (effectifs, planning, vérification démarche qualité, etc.), de mettre en lien toutes les données des intervenants extérieurs à l'établissement (neurologues, kinésithérapeutes, dermatologue, etc.) et de veiller à la bonne tenue des dossiers des résidents.

Le psychologue intervient dans la prise en charge psychothérapeutique des résidents, participe à l'évaluation de la douleur, l'accompagnement des familles, la clinique de l'institution et (nous l'avons vu) la passation de divers tests cognitifs.

Les infirmiers diplômés d'État sont chargés de l'assistance médicale des résidents (distribution de médicaments, relais entre le médecin traitant et le résident) et d'apporter parfois une supervision des soins d'hygiène dispensés par l'aide-soignant ou de les proférer eux-mêmes.

Les équipes d'aides-soignants portent assistance aux résidents ne pouvant effectuer les actes de la vie quotidienne seuls et/ou spontanément (alimentation, habillage, toilette, etc.), plus communément appelés soins de « nursing ».

Le métier d'aide-soignant en EHPAD porte aussi une composante « animation quotidienne », stimulant également les résidents sur leur dimension sociale et relationnelle. L'animateur diplômé rythme la vie des résidents au quotidien par les multiples activités qu'il propose, stimulant les rencontres et dynamisant le caractère vivant de ce lieu d'accueil.

Les kinésithérapeutes exercent leur fonction en activité libérale, ils interviennent quotidiennement et sur prescription médicale afin de maintenir ou développer l'indépendance des résidents, de les rééduquer après une mauvaise chute.

Un ergothérapeute est plus actif dans la manutention du matériel médical, adaptant l'environnement à la pathologie de la personne, et proposant des suivis et/ou divers ateliers mobilisant la praxie, la mémoire.

Enfin, un psychomotricien s'attache plus à la dimension expressive du corps de l'individu. Il propose des ateliers de développement, de confort, renforçant l'image du corps et l'estime de soi.

On rencontre divers autres intervenants extérieurs en EHPAD, comme l'orthophoniste (rééducation après un AVC, prévention contre les fausses routes), l'art-thérapeute, le musicothérapeute utilisant des techniques de médiation pour favoriser l'expression.

Chaque acte de chaque intervenant porte une empreinte écrite dans le dossier du résident et divers autres documents. Quel que soit leur financement (privé, public, groupes cotés en Bourse), les EHPAD sont tous à la recherche d'un fin équilibre entre la qualité d'un lieu de vie et celle d'une prise en charge médicalisée. Ces établissements ont pour mission d'offrir le meilleur cadre de vie en collectivité. C'est pourquoi l'équipe multidisciplinaire doit se réunir avec le résident et/ou sa famille afin d'établir son projet de vie. Cet outil fondamental portera la marque des habitudes passées et nouvelles de l'individu, retracera sommairement son histoire de vie, portera

mention de ses désirs et choix, et se proposera de donner une ligne de conduite dans le soin qui lui sera quotidiennement apporté.

L'EHPAD est amené à signer des conventions avec des organismes externes tels que l'hôpital gériatrique ou les équipes mobiles de soins palliatifs qui pourront lui apporter une aide ponctuelle, proposer des formations spécifiques à son personnel soignant, être des conseillers.

En moyenne, en EHPAD, sept petites minutes sont consacrées à la toilette d'un résident. Si le temps de l'USLD semble suspendu, celui de l'EHPAD représente un conflit permanent entre le temps de la vie vieillissante et celui du monde du travail. Où placer l'indivis présentant des signes de dépendance mais restant autonome dans ce contexte ?

Prise en charge de la démence en EHPAD

Devant l'exigence familiale et juridique d'obligation de sécurisation des personnes majeures protégées que représentent les sujets atteints de démence, les EHPAD ont développé des unités sécurisées de type CANTOU. Elles sont aujourd'hui largement répandues et sont souvent nommées « pavillon Alzheimer ». Elles consistent en l'accueil de personnes présentant une démence sévère et menaçant l'établissement responsable d'un risque de « fugue ». Elles renferment, la plupart du temps, tous types de démences, mais surtout tous types de troubles du comportement difficilement « gérables » pour l'institution ou mal tolérés par le reste des résidents et familles. Cet état de fait a mis en évidence la nécessité actuelle de créer des accueils spécialisés au sein de ces structures EHPAD : les Pôles d'activités et de soins adaptés (Pasa) et les Unités d'hébergement renforcées (UHR). Ces troubles et leur retentissement moral sur le soignant sont alors évalués de façon pluridisciplinaire autour d'un outil : le NPI-ES. Dans le cas de troubles du comportement sévères et envahissants, le sujet présentant une démence sera alors orienté vers une unité de type UHR. Les Pasa et UHR prévoient une file active d'une vingtaine de résidents atteints d'une démence de type Alzheimer et présentant des troubles du comportement modérés. Ils sont dotés d'un personnel qualifié présent chaque jour et programmant une série d'ateliers adaptés de façon hebdomadaire. L'implication des familles, l'organisation des soins, la relation spécifique à la personne souffrant de cette maladie, l'approche non médicamenteuse et l'écologie y sont primordiales.

3.5 Les maisons Alzheimer

Véritables établissements pensés pour l'hébergement et la prise en charge de la démence de type Alzheimer, ces centres proposent un environnement adapté, sécurisé et sécurisant, stimulant cognitivement et contenant les troubles du comportement. Ces structures appuient leurs idées totalement novatrices sur les différentes recherches menées sur l'organisation mentale et émotionnelle d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer[5]. Elles bénéficient de l'influence des structures canadiennes expérimentales ayant largement fait leurs preuves dans un contexte sociétal centré sur l'âgé.

Ces établissements sont construits sur la base d'une architecture circulaire : au centre, l'unité de soins et les locaux communs, autour, les chambres. Cet agencement favorise l'orientation dans l'espace en donnant un accès visuel direct sur chaque pièce en sortant de chacune des chambres. Les personnes y résidant peuvent déambuler sans interruption autour du bloc central, sans jamais buter contre un mur ou une fenêtre (se retourner et reprendre sa déambulation restent des opérations cognitives élaborées, coûteuses et génératrices d'anxiété, donc de troubles du comportement). Les pictogrammes utilisés sont plus intuitifs, et sont placés à hauteur de visage. Les chambres sont personnalisées et bénéficient d'une couleur (les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer semblent plus attirées par les couleurs vives) qui leur est attribuée. Les portes sont individualisées. Le soin est humanisé. Les soignants (formés) ne portent pas de

blouse, ce qui diminue ostensiblement la méfiance et la distance que certains résidents opposent à ceux qui prennent soin d'eux. L'équipe de nuit arrive en pyjama et oriente temporellement les résidents qui se couchent tout naturellement. L'éclairage bénéficie des bienfaits de la luminothérapie, la diffusion d'odeurs en fonction des saisons donne des indications naturelles. La cuisine attenante éveille les papilles. Tout est pensé et programmé de façon thérapeutique. Le coût cognitif diminué, les troubles du comportement suivent la même courbe.

Bien qu'idéalement conçues, ces structures sont atrocement coûteuses en effectifs de personnel soignant (la logistique fonctionnant sur un modèle multidisciplinaire). Les aides-soignants et infirmiers spécialisés dans ce domaine sont encore en trop petit nombre et les moyens développés pour les employer trop onéreux. Il n'existe pas assez de maisons Alzheimer actuellement en France.

3.6 Les accueils de jour (ADJ)

La démence, quelle qu'en soit son origine neurologique, se répand dans les institutions de type EHPAD. Beaucoup de parents (enfants ayant eux-mêmes plus de 60 ans) sont épuisés et parfois même maltraités par celui dont ils se sont toujours occupés. Les troubles du comportement envahissants, le manque d'informations, l'absence de soutien, l'isolement les poussent à se protéger finalement eux-mêmes en plaçant leur conjoint ou leur mère en institution. S'il n'est pas pensé, prévu, accompagné, ce placement est inévitablement douloureux et culpabilisant. Il représente alors un manquement, une incapacité, une castration dans ce qui semblait représenter un devoir, une mission.

Les accueils de jour (ADJ) représentent une solution à cette détresse. Plusieurs fois par semaine et durant quelques heures, la personne présentant une démence est placée sous la responsabilité d'une équipe multidisciplinaire programmant chaque jour de nouvelles activités. Les effectifs en personnel soignant sont vus à la hausse, les intervenants en diverses médiations sont recrutés. C'est alors le moment pour l'aidant familial de faire une pause, de s'occuper de lui uniquement, de se ressourcer avant de retrouver l'être cher. Un moyen de diminuer les tensions dont celui-ci paie directement les frais tant il y est pleinement et fragilement sensible. Certains ADJ proposent également aux aidants familiaux un soutien par des groupes de parole, une entrevue avec le psychologue. Dans d'autres cas, ceux-ci peuvent s'adresser à diverses associations proposant les mêmes services. Comme les EHPAD, les ADJ bénéficient de subventions financières de l'État.

En cas de nécessité de soins médicaux spécifiques, les hôpitaux de jour, unités uniquement implantées dans des hôpitaux généraux ou locaux, représentent une sorte de compromis. Ils manifestent l'avantage d'un suivi tout en permettant ainsi de diminuer les effectifs de patients dans d'autres unités hospitalières et en favorisant le maintien à domicile. Ils ne sont pourtant pas spécifiques à l'accueil de la démence et tous types de maladies s'y rencontrent. Véritables accueils hospitaliers, ils sont majoritairement financés par le régime de Sécurité sociale.

Accueillant des individus de tous âges, ils permettent pourtant de retarder un quelconque placement en institution ou en favorisent une entrée plus douce dans le meilleur des cas.

4. Conclusion : prise en charge et réflexion éthique

L'évolution de la recherche médicale tente inlassablement de percer les secrets de chaque maladie afin de trouver les moyens de les vaincre. Ce qui l'amène par conséquent à repousser les limites de l'espérance de vie de l'humain qui passe de 45 ans en 1750 à 82 ans en 2009. Malgré tous les manques et manquements dont nous sommes tous témoins citoyens, il semble non pragmatique et peu utile de se contenter de les énumérer. Quelles solutions pour y remédier ? De tout temps, le débat du meilleur système de prise en charge a existé : doit-on diviser les patients en classes pathologiques ? En degrés d'envahissement des troubles ? En durée de séjour ?

Actuellement, la prise en charge de la démence est multiple et tend à établir toujours plus de ponts joignant la maladie et le respect de l'indivis. Il reste tout de même ce point : la question de la démence n'est pas réservée au sujet âgé (débuts précoces de la maladie d'Alzheimer, évolutions parkinsoniennes, accidents vasculaires cérébraux, etc.). De plus en plus et de mieux en mieux diagnostiquée chez les moins de 60 ans, elle représente un phénomène auquel la France n'est pas encore préparée. Bien que l'évolution de la maladie d'Alzheimer soit d'autant plus rapide que précoce, certains malades se trouvent parfois contraints de vivre leurs vingt dernières années en institution gérontologique. Quel accueil pour ces personnes ?

Véritable régression dans le regard du sens commun (port de protections, demandes incessantes de câlins, perte des capacités à écrire et s'alimenter, etc.), la démence représente un questionnement permanent entre médecine et droit. La perte progressive des facultés de se penser et de se gérer soi-même occasionne la mise sous tutelle ou curatelle. « De quel droit m'enfermez-vous ? J'ai un appartement que je paie, je vote, je fais mes courses, je vous dis que je veux rentrer chez moi et me fiche de ce que pense le médecin », s'exclame ponctuellement Ginette dont le MMS indique une démence légère. Ginette se lave seule mais utilise parfois le dentifrice à la place de sa crème de jour. Elle mange seule, tient parfaitement une discussion avec les autres résidents mais dans sa chambre, elle oublie qu'elle vient de prendre son repas. Anne-Marie ne parle plus depuis de longs mois. Elle répond aux ordres simples proférés par les aides-soignantes qui s'occupent d'elle mais semble s'absenter de toute vie ressentie. Depuis quelques semaines, Anne-Marie refuse toute alimentation et toute source d'hydratation. Elle ne réagit à aucune stimulation. Anne-Marie a-t-elle décidé qu'il était temps pour elle de quitter cette vie dont elle s'absente spontanément ? Sa petite fille, tutrice, intime l'ordre de l'alimenter, coûte que coûte. Mais que souhaite Anne-Marie ? Où trouver la limite de l'acharnement thérapeutique et de la non-assistance à personne en danger ? Puisqu'une démence de type Alzheimer a été diagnostiquée depuis plusieurs années chez elle, pourquoi ne pas pousser le concept de la survie sur un mode perceptif et émotionnel jusqu'au bout ? Anne-Marie ne nous signifierait-elle pas là qu'il est temps… ? Que pensait Ginette de sa propre fin de parcours avant d'être atteinte de cette maladie ? Peut-être aurait-elle tout préféré, même se mettre en danger, à sa mise en institution collective ? Toutes ces questions restent en suspens. Des réponses peuvent y être apportées lorsque nous prenons soin d'établir un projet de vie avec le résident et sa famille dès son entrée en institution, réévalué chaque année. Une charge de travail pourtant primordiale si nous voulons garantir l'individualisation de notre soin aux personnes majeures protégées.

Il n'est rien de penser le type d'accueil sans penser la politique de soins. Celle dont fait l'objet la démence doit évoluer vers une nouveauté du soin, où nous nous éloignons du médical pur (bien que primordial !) pour nous adonner aux simples fondamentaux : la vie, l'humain, l'indivis

et tout son système perceptif et émotionnel. Un soin faisant appel à notre capacité maternelle primaire dans le respect de l'adulte et de sa vie. Un soin minimisant la distance entre le soignant et le soigné, où le tutoiement peut devenir thérapeutique. Un soin d'amour dans un contexte pulsionnellement macrophage, l'amour du soin.

Pousser toujours plus loin la recherche médicale, développer toujours plus précisément la politique d'accueil du sujet âgé dans notre pays et former toujours mieux les soignants. Les approches non médicamenteuses développées dans les chapitres suivants montreront une méthode financièrement peu coûteuse mais riche tant elle ne va pas de soi lorsqu'il s'agit de se confronter à l'anéantissement dans lequel la démence nous renvoie.

1. http://sante-medecine.commentcamarche.net/contents/59-les-tests-de-memoire-dans-la-maladie-d-alzheimer

2. Classement des personnes en fonction des différents stades de leur perte d'autonomie : il existe six degrés de dépendance, correspondant à six « groupes iso-ressources » (GIR).

3. *Autonomie :* capacité d'un individu à se gouverner, à se réaliser par ses propres moyens, à identifier et exprimer ses besoins et désirs spontanément.

Indépendance : capacité d'un individu à effectuer physiquement les gestes de la vie quotidienne : se laver, s'habiller, s'alimenter, etc.

4. Nous avons trois fois moins de lits de soins palliatifs que l'Angleterre.

5. http://has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf

3

La dépression de l’âgé

1. Introduction

Les sujets vieillissants semblent particulièrement enclins à la dépression. La proportion des dépressions dites « mineures » est de 10 % dans la population générale des âgés et atteint jusqu’à 30 % en institution. Cette prévalence semble témoigner de l’existence d’un lien étroit entre l’expérience du grand âge et la pathologie dépressive.

La sémiologie psychiatrique (DSM-IV-TR) classifie la dépression parmi les troubles de l’humeur. Pour que la dépression soit avérée, il faut qu’au moins cinq des troubles répertoriés soient présents sur une durée d’au moins deux semaines :

– humeur dépressive,

– diminution de l’intérêt,

– perte d’appétit et de poids d’au moins 5 % par mois,

– insomnie ou hypersomnie,

– agitation ou retard psychomoteur,

– fatigue ou perte d’énergie,

– sentiment de culpabilité ou dévalorisation de soi,

– trouble de concentration,

– pensées morbides et/ou suicide.

Ces épisodes typiques doivent présenter un abaissement de l’humeur, une réduction de l’énergie et une diminution de l’activité. Ils se caractérisent d’une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d’intérêt, une diminution de l’aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil, une diminution de l’appétit. Il existe presque toujours une diminution de l’estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L’humeur dépressive ne varie guère d’un jour à l’autre ou selon les circonstances, elle peut s’accompagner de symptômes dits « somatiques », par exemple d’un réveil matinal précoce plusieurs heures avant l’heure habituelle, d’une aggravation matinale de la dépression, d’un ralentissement psychomoteur important, d’une agitation, d’une perte d’appétit, d’une perte de poids et d’une perte de la libido.

La dépression est une position existentielle qui convoque chez le sujet un sentiment d’indignité. Lors d’un épisode dépressif s’impose à lui le sentiment indubitable qu’il est un déchet voué à la disparition et que la valeur donnée à sa réalité, son monde objectal, est infondée. À l’instar de la dépression, le grand âge s’accompagne souvent d’un désinvestissement objectal

massif. Comme elle, il semble être lié à la mort qui se rappelle à l'âgé dans la perte des êtres chers, dans la maladie et dans le terme prochain qu'elle fixe à sa vie. De fait, le vécu subjectif du grand âge peut rappeler celui dépressif dont il partage souvent la symptomatologie.

Le vieillissement altère immanquablement la sensorialité, la motricité et les capacités réflexes. Les processus secondaires ainsi que la sphère affective, quant à eux, jouissent d'une certaine autonomie et ne se dégradent pas avec le corps. Autrement dit, la richesse des pensées et la capacité d'aimer ne chutent pas systématiquement avec le grand âge.

Ainsi, les symptômes dépressifs dont se plaignent les personnes âgées ne vont pas d'eux-mêmes. Ils semblent être motivés par l'importance des deuils que les âgés traversent immanquablement et qui donnent à leur vie une toute nouvelle coloration. Ils sont le fruit de crises qu'il est possible de rassembler sous le terme de « crise de la sénescence » dans la mesure où elle se caractérise d'un éclairage existentiel nouveau où le sujet pressent quelque chose de sa propre mort. À la manière de la « crise d'adolescence », moment de réorganisation libidinale, mais aussi de réinterprétation de l'histoire subjective, la crise de la sénescence engage un réagencement historico-libidinal, c'est-à-dire une réarticulation de la relation d'objet. La crise de la sénescence (Bergeret, 1982) procède d'une « réévaluation et réélaboration des principaux investissements narcissiques et objectaux » afin d'intégrer les nouvelles données de la réalité extérieure et psychique. Si la vieillesse peut être un naufrage, voire un naufrage dépressif, nous entendons bien qu'il s'agit là de qualifier le vécu subjectif de la personne vieillissante et donc son économie libidinale. Bien que la libido semble décliner avec l'âge, sa quantité n'est pas fonction de ses possibilités de décharge. De même, sa qualité a plus à voir avec le fantasme qui l'organise qu'avec une quelconque réalité, fût-elle corporelle. Ainsi, il n'y a guère d'adéquation naturelle entre vie psychique et réalité environnementale. Il ne nous est donc pas permis de tracer un lien trop direct entre grand âge et diminution de la poussée libidinale.

Alors, est-il possible de séparer hermétiquement la dépression d'une souffrance psychique normale indissociable du « travail de deuil » qui semble inévitable à cet âge de la vie ?

2. Le deuil

La théorie psychanalytique envisage la dépression en tant qu'elle est un deuil impossible. Elle tente d'expliquer le pathologique à partir de l'expérience normale de la difficile reconnaissance de la perte d'un objet. Le deuil suppose une réorganisation de l'appareil psychique qui s'étayait d'un objet, dès lors, manquant. Cela implique une force de travail déployée afin de faire admettre au psychisme la perte qu'il dénie faute de pouvoir se la représenter. Cette réorganisation des modalités d'investissement libidinal est le fruit d'une crise initiée par un conflit psychique, dans le cas qui nous intéresse, entre la réalité et le Ça, c'est-à-dire entre la perte d'un objet extérieur libidinalement investi et la persistance de son représentant psychique. Ainsi, l'impossibilité de conserver un lien avec l'objet, quel qu'il soit (habitude, idée philosophique, idéal, etc.), implique un « travail » psychique. L'enjeu en est l'échange d'une organisation qui investit douloureusement un objet manifestement manquant, contre une nouvelle qui a intégré sa perte.

Le travail de deuil consiste donc en un investissement libidinal massif de traits (images, souvenirs, idées, comportements, etc.) qui ont quelques rapports avec l'objet perdu. Selon S. Freud, c'est par l'évocation de chacun des souvenirs qui relient l'affect à l'objet que sera

liquidée la libido. Il s'agit de « réinstaller dans le Moi » (Klein, 1940) les caractéristiques qui avaient été projetées sur l'objet. L'énergie déployée à présentifier l'objet perdu en l'invoquant dans le souvenir a pour conséquence que le sujet retire massivement sa libido d'un monde qui lui semble de fait sans saveur, désaffectivé. Le besoin de solitude comme la violente et jouissive traversée de sa douleur laissent apparaître chez l'endeuillé un profond inintérêt pour les choses de la vie comme pour sa propre personne. Pourtant, une fois passée en revue la série des traits qui dessinent les contours imaginaires de l'objet perdu, ce dernier peut être lâché. Autrement dit (Herfray, 1988), en s'identifiant à l'objet perdu « l'on s'enrichit de ce dont on se sépare ». Le conflit psychique trouve une issue et le monde redevient pour le sujet une source de désir : la libido peut finalement réinvestir la réalité objectale. Ainsi, « faire les deuils des objets du Moi peut permettre de retrouver d'autres modes de gratification à travers d'autres objets ».

La notion freudienne de « travail de deuil » nous enseigne donc en premier lieu que la douleur morale (souffrance psychique) est normale. À nous repérer à partir des mécanismes psychiques plutôt qu'à partir des comportements et de la sphère affective, nous pouvons d'emblée avancer que « l'humeur dépressive » est une expérience normale que chacun est amené, au cours de sa vie, à traverser. Cette affection thymique est même la marque d'un attachement sain à l'objet. La dépression, quant à elle, se caractérise par une pétrification du travail psychique. Cette fixation libidinale sur l'objet perdu est, pour S. Freud, l'unique signature du pathologique. Ce qui différencie le deuil de la dépression est la possibilité de dépassement de cet état morbide par le sujet. Ainsi, ce qui prend des allures pathologiques dans le deuil n'est autre qu'un travail nécessaire à la préservation du lien à une réalité objectale changeante.

Les personnes âgées sont exposées, du fait du grand âge, à de nombreuses et importantes pertes. Elles concernent en premier lieu la perte de personnes chères, la perte des idéaux, des pertes fonctionnelles, du sentiment de sa propre maîtrise et de son unité, mais également des pertes qui concernent l'image du corps, qui est un siège donné à la valeur individuelle. De manière générale, elles attaquent sans relâche le champ des possibles de l'investissement libidinal. La vieillesse semble donc engager l'Homme occidental dans un processus de deuil incessant.

Depuis son arrivée en EHPAD, M^{me} B. est constamment déprimée. Lorsqu'elle aborde son humeur avec le psychologue, elle dit : « Je n'ai plus goût à rien. Et puis, à quoi ça sert ? J'ai perdu mon mari et aujourd'hui je suis là, j'ai perdu ma maison. C'est mon mari qui l'a construite et c'est moi qui l'ai tenue pendant trente ans. J'avais mes habitudes, mes repères. »

Il semble que les deuils inévitables auxquels la vieillesse expose obligent le psychisme à faire un travail constant de désinvestissement libidinal. Ainsi, leur succession rend parfois impossible le réinvestissement du monde objectal. Toutefois, l'analyse métapsychologique indique que ces deuils ne sont pas sans liens les uns avec les autres et qu'à leur simple accumulation, il nous faut opposer une surdétermination selon laquelle un deuil en entrave un autre. Pour M^{me} B., la « perte » de sa maison représente certainement la perte de tous les objets qui pouvaient représenter son mari et permettre, par l'investissement libidinal, le travail du deuil. Ce travail, nécessaire à la santé psychique, est davantage entravé par les liens tissés entre chaque objet investi que par leur simple nombre.

En effet, toutes les personnes âgées ne réagissent pas de la même manière aux pertes auxquelles elles sont confrontées. Ni leurs quantités ni leurs qualités ne peuvent être établies *a*

priori. Ces critères faussement objectifs ne peuvent expliquer, à eux seuls, le maintien de la personne qui les traverse dans le deuil pathologique. Ainsi : « L'endeuillé sait sans doute qui il a perdu mais non ce qu'il a perdu en cette personne » *(*Freud, 1917).

2.1 Exemple clinique

M^me^ L. est résidente d'une maison de retraite depuis quelques années. Elle est aux yeux du personnel une femme souriante et agréable. Elle est très sociable et présente une façade toujours avenante. M^me^ L. partageait depuis quelques mois sa chambre avec une personne avec qui elle s'entendait bien. À la suite du décès de cette personne, M^me^ L. semble très triste, ne veut plus participer à aucune activité de groupe. Elle ne sort plus de sa chambre où elle prend ses repas seule. Plusieurs semaines après le décès de cette amie, elle pleure encore sa perte et ses pensées restent très largement occupées par son souvenir. L'équipe, très touchée par la souffrance manifeste de M^me^ L., demande au psychologue de la rencontrer. Lors du premier entretien, elle me parle de ses deux mariages et des deux maris qu'elle a perdus très jeunes. Elle parle de son refus de s'engager dans une nouvelle histoire et de la vie qu'elle a traversée seule :

« Je n'ai plus jamais eu de mari, ni même d'amant. À quoi ça sert, si c'est pour souffrir ? »

Elle parle également de ses deux fils, issus du premier mariage. Puis elle en vient à aborder le décès de sa voisine de chambrée. Elle parle de la peine que ça lui cause. Elle appuie sur le fait qu'elle ne la savait pas malade et qu'elle souffre de n'avoir pu éviter sa mort. Lorsque je lui demande qui cette femme était pour elle, elle dit :

« Je m'en suis beaucoup occupée. Nous étions très proches. Je lui apportais de l'eau la nuit, je remontais ses couvertures. Je veillais sur elle. J'étais comme une mère pour elle. »

Je lui demande alors si elle a perdu un enfant. Elle répondra : « Non, je n'ai que mes deux fils. »

Après un petit moment de silence, elle raconte comment elle a perdu sa fille dans un accident alors qu'elle avait 4 mois. Je lui dis alors qu'elle est mère d'une petite fille qui est morte à 4 mois. Elle sourit et me répond : « Oui. »

Ce que le clinicien doit garder à l'esprit, c'est : qu'est-ce que le patient a perdu dans l'autre qui l'a quitté ?

D'une part, cette femme entretient un rapport à la perte qui lui est propre. Il n'est pas évident que ce soit la souffrance du deuil qui l'ait conduite à ne plus vouloir perdre. Pourtant, il nous est permis de penser qu'elle est encline à mettre la perte et les affects associés à distance, écartant peut-être la possibilité d'un travail de deuil sain.

D'autre part, nous voyons comment le deuil de l'enfant a infléchi les affects relatifs à la perte de son amie, peut-être pour se créer un passage, une nouvelle chance d'expression. Ainsi, l'inachèvement du travail de deuil conduit la personne à prendre une certaine posture face à la perte, où ce qui est resté en suspens vient à se rejouer.

Il semble (Le Gouès, Ferrey, 1993) que la perte qui engage la « réaction » dépressive ne soit pas la cause de la dépression, mais plutôt son déclencheur. Ainsi, « le terme de dépression réactionnelle peut être contesté dans son acception descriptive, puisque les sujets ne sont jamais

strictement passifs devant un événement ».

M^me^ O. a 70 ans, elle demande à être reçue par un psychologue libéral. Lors de l'entretien téléphonique, elle m'indique qu'elle se sent triste et qu'elle n'arrive plus à assumer les tâches de la vie quotidienne. M^me^ O. est une femme active et ne retrouve pas les traits de sa personnalité dans cette impossibilité nouvelle à surmonter son affliction. Lorsque je lui demande depuis quand se sent-elle mal, elle répond : « Depuis le décès de mon chien. » Elle parlera ensuite de ce chien et dira : « Il est mort à la maison, je n'ai rien pu faire. C'est comme pour mon mari. »

Quelles que soient les pertes, si insignifiantes puissent-elles paraître, il est inutile d'en contester la valeur en les minimisant, ou d'y répondre dans la réalité. La souffrance du sujet trouve toujours sa justification. Il est impossible de savoir, sans en passer par l'analyse du discours, ce qu'une personne a perdu en l'autre. La non-congruence de l'humeur à la pensée est un indicateur du deuil pathologique. Lorsqu'un sentiment de grande tristesse (ou des pleurs) n'est déclenché par aucune représentation, ou par une représentation qui semble à la personne elle-même en décalage avec ses affects, alors le sujet est certainement en deuil d'un objet qu'il méconnaît. En fait, si les pertes sont vécues si différemment par chacun, si elles sont parfois escortées de tant de tragique, d'impossibilité de dépassement, d'excès radical, c'est que chaque perte renvoie à une autre. Dans l'inconscient, l'objet d'attachement est Un, et donc la perte est Une. Ainsi, chacun des objets d'attachement renvoie aux autres dans la mesure où ils sont choisis en fonction d'un même trait qui les caractérise tous. Ils glissent donc à une même place et renvoient à la série des objets perdus qui teintent de leurs traits l'objet qui leur succède. C'est donc le deuil ancien qui est joué dans la souffrance nouvelle. La dépression réactionnelle fait jour dans la mesure où la perte ancienne qu'elle recouvre n'a pas été métabolisée, représentée dans la pensée.

Si les défenses psychiques mises en place à l'époque de cette première perte ne sont plus opérantes dans l'actuel de la nouvelle perte qui, manifestement, fait souffrir, c'est qu'elle permet un compromis. À l'instar de tout transfert d'affect sur un nouvel objet, ce déplacement du deuil permet le maintien de l'impensée (puisque la cause de la souffrance reste inconsciente), en même temps qu'il relance les possibilités de dépassement de ladite perte. Ainsi, le glissement d'une perte à l'autre semble permettre le deuil en cela qu'il produit des images libidinalement investies, et donc métabolisables, qui viennent suturer l'impensée des pertes passées. Il déplace l'objet, l'habille et, finalement, le masque d'images nouvelles.

Bien que l'engagement dans le deuil semble être provoqué de l'extérieur, un même travail psychique, une même souffrance ontologique relient d'un fil rouge chacune des pertes rencontrées par un sujet. Ainsi, la dimension de « la perte » transcende la perte de l'objet de la réalité. Tout mouvement désirant doit travailler, jouer ce rapport pertes-retrouvailles. Le sujet ne tient jamais tant ce qu'il est que dans la contemplation de ce qu'il a perdu et qui le fonde. M^me^ L., dans notre cas clinique, ne dit pas : « Cette femme était comme mon enfant », mais « J'étais comme une mère pour cette femme ». Ce qu'elle perd en perdant cette femme, c'est une partie de son Moi, la mère qu'elle était.

Cette équivalence d'un objet à l'autre fait que la valeur d'un objet vient toujours du fait qu'il représente autre chose que lui-même. Cette « autre chose » qui dévoile le désir du sujet est, par lui, bien souvent méconnue, seule la charge d'affect associée pénètre la conscience. Ainsi, perdre la possibilité de conduire sa voiture ne veut pas dire la même chose pour chacun. Les pertes les

plus douloureuses sont les plus intimes. De fait, perdre la possibilité de tricoter peut être bien plus indépassable que perdre celle de marcher. Ainsi, les deuils sont d'autant plus violents qu'ils sont les deuils d'objets identificatoires qui fondent à répondre d'une certaine place, à s'imaginer fantasmatiquement être tel ou tel. « La problématique du vieillissement est mise à l'épreuve et en scène d'une perte d'avoir l'Objet depuis l'origine, commune à tous les humains, certes, plus visible et exacerbée mais non spécifique à la vieillesse […]. C'est une problématique de castration, articulée au risque dépressif comme aux exigences du deuil » (Grosclaude, 2005).

2.2 L'angoisse de castration

Le complexe d'Œdipe est l'expérience fondatrice du désir humain en tant qu'une perte princeps vient organiser le manque qui cause le désir. La symbolisation d'un « manque à être » dans le sentiment d'avoir perdu l'objet totalisant donne son point de départ à un désir de retrouvailles. Ainsi, cette perte inaugure le deuil de la toute-puissance potentielle pour permettre à l'homme de vivre une vie effective. Cette vie se caractérise de la recherche incessante d'un objet perdu et partiellement retrouvé dans les divers objets rencontrés. C'est-à-dire que le complexe d'Œdipe permet, par le renoncement, l'engagement dans une dynamique désirante dans la stricte mesure où il autorise sa contrepartie d'espoir. Cette organisation est fragile et nécessite des moyens de compensation, c'est-à-dire des montages individuels qui permettent cet entre-deux. Le déni de la mort en est un bon exemple dans la mesure où le « oui, mais quand même » dénégatif permet, la vie durant, et l'acceptation et le refus de l'insupportable. Ainsi, l'angoisse de castration, posant l'interdit, permet de tenir la toute-puissance à l'horizon fantasmatique. Le désir névrotique se motive de cette loi et vise un objet partiel. Il est donc le contraire de la jouissance totale, adéquation morbide à un objet parfaitement satisfaisant. Ainsi, la dépression ne se caractérise pas tant des pertes vécues dans la réalité que de la possibilité subjective de perdre, c'est-à-dire de créer du lien. Ces possibilités sont étroitement dépendantes de la construction subjective du sujet.

2.3 La culpabilité inconsciente

S. Freud avance que les difficultés rencontrées dans le travail de deuil proviennent de l'agressivité du sujet pour l'objet. Cette agressivité inavouable est retournée sur le Moi. C'est ce qu'il appelle « culpabilité inconsciente » (ou besoin de punition).

Pour S. Freud, la culpabilité inconsciente est le fruit du retournement de l'agressivité pour l'objet sur le Moi. Cette agressivité pour l'objet d'amour peut être la conséquence de la privation induite par la perte qui vient dévoiler l'aliénation qui présidait au lien. Ainsi, certaines personnes peuvent se sentir coupables de survivre au conjoint, aux enfants, etc., et ne plus s'autoriser aucun plaisir.

De la même manière, l'entrée en retraite peut affecter très fortement une personne qui n'aimait pas son travail et dont il lui semblait qu'il entravait la réalisation de ses désirs. Elle peut au contraire laisser indifférente une personne qui s'y réalisait avec plaisir. On comprendra ce paradoxe si l'on considère que la perte du travail dévoile l'attachement que la personne y avait et révèle soit son aliénation, soit son besoin caché d'être entravée dans son désir par un agent

extérieur. Il semble que la défense inconsciente contre l'angoisse qu'implique la possibilité de désirer cède du fait du changement récent de situation. Il est possible qu'en pareil cas, la haine dirigée sur l'objet « travail » se retourne sur le Moi sous forme de « culpabilité inconsciente ». La conséquence en sera la limitation, par la dépression, de l'émergence du désir. Selon M. Klein, cette situation peut s'entendre comme le passage, pathologique ou non, par une « phase dépressive » nécessaire à la réorganisation de la relation d'objet. L'idéal de la retraite, bon objet intériorisé, doit être conservé (car cet objet le rendait lui-même valable et le sécurisait au quotidien). La vie effective de cette phase de la vie risque de mettre à mal cet idéal. Ce qui déprime alors l'individu, c'est la compréhension qu'il risque de détruire ce « bon objet ». Autrement dit, la personne se déprime sous le coup de son auto-agressivité. La traversée de cette « phase dépressive » permettra une réorganisation psychique, par exemple par la mise en place de défenses nouvelles.

Ainsi, l'empêchement du sujet à prendre du plaisir n'est pas une cause de la dépression. Il en va de même pour la perte ou la dégradation d'une fonction du corps. Il ne va pas de soi, il n'est pas normal qu'une personne âgée soit dépressive.

Nous avons à faire, avec ce type de configuration, à ce que l'on appelle « névrose vieillie », ce qui est le contraire d'une pathologie qui prendrait sa source dans la vieillesse.

3. Dépression et dépendance

La clinique de la dépression prend une forme particulière dans le grand âge. Les symptômes caractéristiques de l'état dépressif, tels que le manque d'allant, l'absence d'initiatives, la fatigue et la plainte, viennent composer le tableau de ce que la gérontologie nomme « dépendance ».

Le concept de dépendance, dont on ne sait pas s'il isole la cause ou l'effet d'une affection, désigne la charge que représente une personne pour une autre. Il indique ce que la personne ne peut plus faire. Nous avons vu que les pertes liées au grand âge attaquent le Moi dans la mesure où elles dissolvent nombre de rôles, statuts possibles, etc., par lesquels, littéralement, il se reconnaissait être. Cette impossibilité nouvelle à prendre du plaisir sur les modes qui étaient les siens conduit la personne âgée à régresser vers des modes de satisfaction qui lui sont encore permis. Ces satisfactions sont celles-là même qui caractérisent la dépendance car elles s'adjoignent à des bénéfices qu'apporte après coup ce nouveau type de relation. Ce sont des « bénéfices secondaires » d'aide, de présence, de prendre soin , etc. Ainsi, la dépendance est maintenue sous la pression de ces bénéfices. Elle estampille un type de relation que l'on peut dire « anaclitique » et qui consiste à remettre la satisfaction de ses besoins entre les mains d'un autre. Le Moi régressé, ne mesurant (ou ne s'autorisant à reconnaître) ni ses besoins ni la façon de les satisfaire, s'en remet à cet autre auquel il prête un savoir. Le désir de la personne régressée se rabat donc sur le besoin. Ce dernier, qui est pris dans une relation, est un besoin de satisfaire l'autre qui lui vient en aide.

Ainsi, la clinique de la dépendance est une clinique de l'aliénation à la demande de l'autre. Non seulement satisfaire à la demande d'être un bon objet permet au vieillard d'assurer sa sécurité, mais encore cela lui garantit aux yeux de l'autre une identité. Au moment où justement

son identité vacille, il peut lui être nécessaire de se conformer à répondre d'où on l'attend. On peut entrevoir ainsi que l'intérêt porté sur le corps ou les maux du corps peut être largement renforcé par l'inquiétude de l'entourage à propos de l'état de santé, ou par le désir d'un soignant de soigner. La dépression dans sa forme névrotique est une psychopathologie du lien. En ce sens, si l'on veut saisir la notion de dépendance dans sa valeur de symptôme, il importe de préciser qu'il ne s'agit pas d'indiquer par là une dépendance physique acquise, mais une dépendance psychique. Ainsi, il semble hâtif de considérer *a priori* que la dépendance induit la dépression. Il n'est pas rare de trouver dans la clinique des cas de surdétermination des symptômes où la dépression de l'âgé prend la forme d'une dépendance et s'y fige sous le coup de la culpabilité inconsciente, des bénéfices secondaires et d'une pression sociale. À ce titre, il est intéressant de s'interroger sur ce que la dénomination d'« Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) » appelle le vieux à être.

Plusieurs éléments de la clinique du vieillissement engagent l'économie libidinale à subir des remaniements. Voyons comment, en opposition à une « dépression vieillissante », il existe des mécanismes propres à une « dépression du vieillissement », c'est-à-dire à une nécessaire réorganisation de l'économie psychique induite par l'expérience du grand âge (« crise de la sénescence »).

3.1 Le corps et la dépression

Le corps vieillissant et son corrélat de déficits perceptifs impliquent une diminution de l'excitabilité du système psychique par les stimuli environnementaux. Ainsi, la personne âgée est confrontée à une baisse de sa capacité à recevoir l'excitation du monde extérieur. Ce déficit est tout à fait repéré par elle qui ressent une mise à distance de l'environnement et des autres. Cet affaissement du perceptif n'est pas sans nous rappeler le désinvestissement propre au deuil pathologique. Ainsi, la dégradation de la sensorialité est à prendre en compte dans les déterminants de la dépression de l'âgé. La réalité est mise, *de facto*, à distance. Cet état de fait peut conduire l'appareil psychique à traiter les excitations autrement qu'auparavant. Nous savons depuis S. Freud que tout objet doit être représenté dans le psychisme pour être perçu et qu'à ce travail de représentation correspond un investissement libidinal. La personne âgée malentendante peut ainsi, du fait de la diminution du « plaisir d'entendre », lâcher prise sur le « désir d'entendre ». Cet abandon du désir d'entendre peut aller de pair avec l'abandon d'un désir d'être entendu par un autre et contribuer à la dépression. Ainsi, l'atteinte des organes sensoriels, c'est-à-dire relationnels, peut conduire à un retranchement dans la pensée ou, au contraire, attaquer dans le même temps ce que P. Aulagnier (1975) appelle le « plaisir minimal », qui est la capacité de penser, de se représenter le monde.

3.2 La douleur physique et l'atteinte d'organe

Le vieillard a à faire avec un corps malade qui se délite. Le corps défaille, trahit. De la même manière, le sentiment de son unité, de son autonomie et de sa maîtrise est mis à mal (marche, incontinence, etc.). Les effractions de la maladie et de la déficience désolidarisent le sujet d'avec son corps dans la mesure où il ne lui suffit plus de désirer pour pouvoir (perte de la puissance

sexuelle). Le grand âge donne au sujet, dans l'expérience, la preuve que son désir ne lui appartient pas. Ainsi, en sus du désinvestissement du monde objectal, l'atteinte d'organe a pour effet de rendre le corps hétérogène à lui-même. Il devient intrus, source extérieure de désagréments.

La douleur, souvent présente chez les personnes âgées, n'est donc pas sans effets sur la relation d'objet. Lorsque l'organe n'est plus silencieux (douleur), il en vient à stimuler le psychisme qui, dans sa fonction de pare-excitation, devra prioritairement lier ces stimuli à des représentations d'organe (images). Cette énergie allouée à baisser la quantité d'excitation que représente la douleur devient donc indisponible à d'autres investissements. « L'âme se resserre, tout entière, au trou étroit de la molaire. » Il se produit un recentrage de l'organisation libidinale sur le narcissisme primaire, ce qui est directement observable par l'attention exclusive portée aux maux du corps. Ce type d'investissement primaire prend sa source dans une certaine tombée hors du lien. Pour autant, comme nous l'avons vu dans le premier paragraphe, ce recentrage sur le besoin a également valeur d'échange pour un autre en demande. Ainsi, « l'hypocondrie du vieillissement », bien que fonctionnant dans le primaire, peut permettre dans le déplacement de la douleur morale sur le corps un travail psychique par une mise en mots adressée. La fixation constituerait (Péruchon, 2002) « un palier d'intrication pulsionnelle et propose[rait] un frein à la désorganisation ».

3.3 L'Idéal-du-Moi et le vieillissement

Le vieillissement marque la face et la rend bien souvent non conforme à la représentation que la personne en a. Elle ne se reconnaît plus dans le miroir. Si elle sait que c'est bien elle qu'elle regarde, cette reconnaissance est empreinte d'une « inquiétante étrangeté » (Freud, 1919). Pourtant, le Moi peut valider par l'image son identité d'être. C'est donc ce que l'image ne révèle plus de l'Idéal-du-Moi qui est en cause dans cette expérience spéculaire. L'Idéal-du-Moi se désolidarise, empêchant le sujet de s'y identifier. Le narcissisme secondaire (amour du Moi porté au Moi sur le modèle intériorisé de l'amour de l'autre) est attaqué. L'effondrement du narcissisme contribue à la dépression dans la mesure où la perte de l'image idéale du corps peut conduire le sujet à l'investir dans le souvenir (de la beauté perdue) et à refuser le verdict de la réalité. C'est donc dans la mesure où l'idéal ne peut être perdu, c'est-à-dire que le sujet ne peut en faire le deuil, que la dépression s'installe. Au contraire, la perte d'un idéal, au sens d'un désinvestissement psychique qui accompagnerait la perte effective, permet l'investissement de nouveaux objets. Ainsi, « plus grande est l'angoisse de perdre les objets aimés […], plus rigoureuses deviennent les exigences propres au Surmoi » (Klein, 1947).

En effet, le deuil consiste en ce douloureux travail d'avoir à reprendre pied dans une réalité qui ne cesse d'apporter démentis à la rêverie. La dépression entrave ce travail dans la mesure où l'absence de constructions conditionnelles (rêveries) assèche les ressources moïques nécessaires à leur dépassement. Si le temps du détachement est impossible, c'est dans la mesure où le premier temps du deuil, temps de représentation psychique de l'attachement, n'est pas permis. La dépression se caractérise donc, du point de vue métapsychologique, non pas d'une perte, mais de l'incapacité à perdre. Cette incapacité tient du fait que le temps de la représentation de l'objet contient déjà en lui la potentialité de la perte. En l'absence de rêverie, ces conditions ne sont pas réalisées et l'objet n'est jamais représenté dans son existence séparée. Ce qui, de l'espoir, est en

cause dans la dépression n'est pas tant son effondrement en désespoir que la catégorie de l'espoir lui-même. L'espoir conditionnel (rêverie et fantasme) permet le travail de deuil, alors que l'espoir inconditionnel entrave le travail nécessaire au dépassement de la crise de la sénescence.

4. Les formes aggravées

4.1 Le syndrome de glissement

Le syndrome de glissement est une décompensation rapide de l'état général faisant suite à une affection aiguë qui semble être en voie de guérison ou qui paraît pouvoir guérir. La personne « glisse » lorsqu'elle va, contre toute attente, de plus en plus mal. L'investissement libidinal, nécessaire à la vie, semble refluer du corps. Bien que ce phénomène soit largement observé mais non cliniquement compris, nous pouvons faire quelques hypothèses sur ce qui semble être le dernier stade, ou du moins le plus radical, de la dépression de l'âgé. À ce niveau, il ne s'agit pas pour le sujet de « désirer » se donner la mort, mais d'entrer dans l'absence totale de désir.

Pour P. Aulagnier (1975), il y a en l'homme une « force destructrice » qui préfère ne pas désirer plutôt que d'être frustrée en sa demande. Lorsque le processus de régression a fait son œuvre et que la dialectique œdipienne a décompensé, alors c'est cette force (c'est-à-dire la pulsion de mort) qui prend le relais avec fracas. À ce niveau, ce qui subsiste du Moi n'est plus en proie à la violence du Surmoi, mais à sa propre haine, c'est-à-dire au « désir de non-désir » qui engage le maintien de la tension pulsionnelle à son niveau le plus bas. Les parties du corps qui font défaut seront désinvesties, arrachées du « schéma corporel » dans un mouvement de haine, et le niveau vital tendra à se maintenir au plus bas (les lèvres entrent en dedans de la bouche pour la clôturer, les mains ne peuvent plus saisir, les yeux se ferment, la pensée n'est plus un plaisir et s'évanouit, etc.). À ce moment, la plainte ne se fait plus entendre et le désir de mort prépare la mort du désir.

4.2 La dépression de l'âgé, le suicide et la mort

Le suicide des âgés est un problème de société majeur. Les âgés se suicident plus que les autres. Selon l'Inserm[1], le taux de décès par suicide chez les plus de 85 ans est de 39,7 pour 100 000, ce qui est deux fois plus que pour les jeunes de 25 à 44 ans. En France, le nombre de suicidés de plus de 65 ans est en moyenne de 2 948 personnes chaque année. Selon l'Inserm, 70 % des personnes qui décèdent par suicide seraient dépressives. Ainsi, par exemple, certaines personnes se suicident, non pour se donner la mort, mais pour mettre fin à une douleur somatique insoutenable.

Il est à noter que les personnes institutionnalisées (EHPAD) se suicident moins que celles qui sont à leur domicile. Nous pouvons penser que l'isolement et l'exclusion du lien social favorisent les conduites suicidaires. Toutefois, les suicidants sont beaucoup moins nombreux chez les âgés que dans le reste de la population. Les suicides de personnes âgées sont dans une large mesure des suicides « réussis ». En 2009, un homme de plus de 65 ans faisant une tentative de suicide sur 1,2 décédait, contre une femme sur trois.

Des chiffres aussi tragiquement élevés indiquent d'une part que la dépression de l'âgé n'est pas « normale », d'autre part qu'il n'est pas possible de considérer la tentative de suicide comme un appel à l'aide, une plainte adressée. L'acte vise à se donner la mort, ce qui rend d'autant plus difficile le repérage des risques et l'éventuel accompagnement. Le sens d'un tel passage à l'acte est éminemment singulier, propre à chacun. Il peut par exemple recouvrir le besoin de maîtriser sa mort ou le refus de l'altération irrémédiable qu'entraîne la maladie (ou la démence). Il peut également être consécutif du sentiment d'être une charge pour les autres. Il convient à ce sujet de faire très attention à la manière d'annoncer un diagnostic.

Dans tous les cas, ce type de passage à l'acte indique que quelque chose du lien fait défaut. Il s'agit du lien social bien sûr, mais également du lien à l'objet interne. La chute dans la dépression révèle une impossibilité de perdre qui, elle-même, signe que l'objet n'est pas reconnu dans son existence séparée. Ce type de lien mortifère conduit le Moi à se perdre avec l'objet. Cette relation d'ambivalence radicale se construit d'un « ne pouvoir pas perdre ». Pour que ces deux conditions apparemment paradoxales, de haine et d'impossible détachement, se réalisent, il faut que la relation d'objet soit d'un type particulier que S. Freud (1917) nomme « attachement narcissique ». Ainsi, les personnes qui font leur première tentative de suicide après 65 ans semblent entretenir une relation pathologique à l'objet depuis toujours (parfois socialement noble : tel que l'amour fusionnel). L'importance du type d'attachement dans la dynamique suicidaire fait dire à J.-L. Pedinielli (Pedinielli, Lernout, Moroy, 1985) que : « L'impossible renoncement aux exigences des idéaux du moi qui conditionne la succession des faillites narcissiques chez le sujet âgé suicidant situe le problème du suicide dans ses rapports au travail du deuil. »

Ainsi, M. C., résident en EHPAD, s'insurge contre le placement provisoire en hôpital psychiatrique, selon lui arbitraire, d'une résidente avec laquelle il entretient une relation tendre. Il avertit l'équipe que cette « injustice » est de trop et qu'il va se donner la mort : « C'est un abus de pouvoir. Je vais vous faire un joli cadeau, vous allez voir. »

On repère dans le terme « joli cadeau » son ambivalence à l'objet (confusion de l'amour et de la haine). On repère également la prégnance de la pulsion scopique et du donner à voir : « vous allez voir ». Enfin, on repère clairement son sentiment d'être l'objet passif de la jouissance arbitraire d'un autre : « C'est un abus de pouvoir », ainsi que son identification à l'objet perdu (il sous-entend qu'il va se donner la mort). Ce sous-entendu marque d'ailleurs l'impossible à dire le désir de mort. Bien que quelque chose soit adressé à l'équipe qui puisse laisser entendre que M. C. appelle à l'aide et à plus de justice, cette impossible dénomination doit nous alerter de sa possible chute hors du lien et de son enfermement dans son projet morbide. Le « donner à voir » du « joli cadeau » indique qu'il cherche à nuire à l'autre plus qu'à être aidé par lui. Cette agressivité et cette identification au « déchet » caractérisent la régression sur l'analité. C'est bien l'institution qu'il cherche à détruire en se donnant la mort. Ce projet représente l'incommunicable d'une leçon donnée à l'Autre sur ce qu'est vraiment l'amour.

Ce type d'attachement, où amour et haine se confondent dans un même arbitraire violent, caractérise le projet suicidaire. Ainsi, bien qu'un « terrain favorable » soit nécessaire au passage à l'acte morbide, l'expérience du grand âge peut en réaliser les conditions par la cristallisation d'un idéal hermétique au travail de rêverie. Pour éviter le passage à l'acte, il est donc de toute première importance qu'une écoute attentive soit proposée au patient afin qu'il puisse être accompagné dans la mise en mots de sa souffrance. Il est parfois difficile de trouver un

interlocuteur qui ne soit pas associé à « l'institution persécutrice », mais le projet morbide ne doit jamais être tu. En aucun cas, permettre à la personne de parler sa souffrance ne provoque l'acte, bien au contraire. La parole est un acte de séparation nécessaire au travail de deuil.

5. La prise en charge de la dépression

Classiquement, on aura tendance à penser que le soutien (thérapie de soutien) permis par la relation au soignant est un soutien affectif. C'est-à-dire que la thérapie trouve son efficace de sortir la personne dépressive de son isolement en lui accordant tout l'intérêt dont elle a besoin pour considérer à nouveau que sa vie a de la valeur. Ainsi, il est rapide de penser que c'est l'amour qui permet à la personne de sortir de la dépression. Cet amour se manifesterait dans l'intérêt porté à la personne, c'est-à-dire dans la disponibilité à l'accueillir, dans l'attention portée à ce qu'elle vient dire et dans la force d'interprétation ou de mise à disposition de mots manquants qui donnent à voir combien le thérapeute souhaite recevoir, entendre ce que la personne a à dire. Le patient doit sentir que par-delà la plainte ou le mutisme, il porte en lui un message de grande valeur que le clinicien, qui sait la valeur de toute vie, souhaite recueillir. Tout cela est vrai, mais un peu rapide car l'amour est à la fois le remède et le poison.

Il ne s'agit pas toujours pour le praticien de rendre espoir à la personne qui dit l'avoir perdu. Comme nous l'avons vu, cet espoir, justement, fait vivre autant qu'il tue. Renforcer le fantasme de toute-puissance peut apaiser sur le moment, mais réengage la personne à vivre la frustration. Il ne s'agit donc pas tant de dénier la perte avec la personne souffrante en donnant crédit à ses défenses, mais plutôt de « parler de la perte », c'est-à-dire de donner crédit à sa souffrance. Voilà ce que le soutien indéfectible du soignant doit permettre : une parole vraie sur ce qui fait souffrir.

Les plaintes dépressives prennent la forme pauvre d'une récurrence. Elles donnent, à raison, à l'interlocuteur le sentiment que rien ne peut être compris de ces messages répétitifs. Ils ne renvoient pour lui à rien, à aucune compréhension ni à aucune image. C'est que ces messages sont vides et prennent leur valeur d'être des signifiants qui ne renvoient à rien. C'est de cette configuration récursive qu'ils prennent leur aspect de vérité indicible. La personne dépressive se coupe du monde objectal à tel point qu'elle ne s'adresse plus à quiconque. Elle déploie sa plainte comme vérité pure de son vide intérieur. Selon F. Fedida (2001) : « la chute dans la dépression et l'enfermement en celle-ci caractérisent une toute-puissance du "être tout seul" ». Les mots deviennent véhicules de jouissance et seul l'objet perdu intériorisé porte leur sens incommunicable. Cet évitement de rabaisser le sentiment à lui donner des formules langagières incomplètes et toujours mal communiquées signe l'incapacité du deuil et de la perte. L'objet ne peut être attrapé dans les filets du langage et reste total, la castration, c'est-à-dire la perte, est impossible, inassumée. Nous apercevons par là l'aspect mortifère de l'idéalisation de l'objet. Renforçant cette jouissance néantisante, le dépressif s'étend facilement sur le fait que « tout cela ne sert à rien », « [qu'on] ne changera pas sa condition », sa seule demande « à quoi ça sert de parler, puisque ça fait penser et que c'est justement de la pensée que je souffre » est celle d'une exclusion.

Pourtant, selon F. Fedida (2001), « c'est la restitution par "l'autre" de "l'entendu" qui accorde une dépressivité à la vie psychique – ce mouvement interne de présence-absence ». C'est ce jeu que le thérapeute tente de renverser en offrant, plus que son écoute, son écoute particulière de

mots insensés, jusque-là supports de jouissance. La restitution au patient de ces multiples images psychiques décomplétées amorce la perte, c'est-à-dire le deuil. Ainsi, nous pouvons dire avec F. Fedida (2001) que « le secours de l'autre porte l'aide, mais il apporte aussi l'absence ». Ajoutons que cette absence est la condition de la reconnaissance de la perte et donc de la séparation d'avec un objet perdu. « Parler de la perte » est en soi le « processus du perdre ».

Ainsi, nous ne traitons pas frontalement la douleur morale. Le sujet souffre lorsqu'il sent qu'il n'est pas tout-puissant. Mais ses défenses psychiques le conduisent à maintenir cette toute-puissance dans l'hallucinatoire. C'est son maintien qui fait souffrir, mais c'est surtout lui qui engage la jouissance de l'« être tout seul », lié à un objet dont la perte est impensable. Apparaît, en négatif de la plainte qui dégrade les objets, le maintien de l'idéal que le sujet paie du prix de la dépression. Nous avons vu que c'est dans la douleur morale que la perte est mise au travail, il ne faut donc pas l'empêcher. C'est par cette douleur que l'investissement d'objet pourra, lentement, se réimplanter. La fixation libidinale à l'objet perdu sera liquidée pour donner sa place au jeu des glissements objectaux. Nous devons lui donner un espace d'expression et une accroche dans la relation. La relation, qui est une perte, permet le désir et entrave la jouissance morbide. Il faut donc à la fois permettre le travail de deuil et permettre de soulager la souffrance excessive qui, en plus d'être éthiquement inacceptable, bloque le processus de deuil. Ainsi, les antidépresseurs peuvent être utilisés comme des moyens de la mise en place d'une psychothérapie, mais jamais comme une fin en soi. Ce qu'il est possible de penser au sujet de la thérapie de soutien, c'est qu'elle est un travail de l'affect, non pas au sens où le thérapeute doit se situer sur ce plan, mais au sens où il doit, par l'écoute respectueuse et sécure , permettre au patient de lier ses représentations en souffrances à ses propres affects afin de leur permettre de réintégrer le fil de l'histoire subjective. La thérapie, de soutien ou non, est un travail de subjectivation.

5.1 La sublimation

En règle très générale, il est admis que l'ennui et l'inactivité dans lesquels se tiennent les personnes âgées « placées » en maisons de retraite sont, pour elles, mortifères. Ainsi, l'institution propose un programme d'activités occupationnelles destiné à pallier ce vide qui favorise le retrait du champ social, du fait même qu'il accentue le repli de la libido sur le narcissisme, la régression et, en fin de compte, la dépendance. Considérant ce point de vue, les activités proposées visent certains buts tels que le maintien des relations sociales et la production d'objets manufacturés. Ces objets issus d'une communauté de travail prennent leur valeur d'objets d'échanges, d'être faits par et pour le groupe, insérant ainsi la démarche occupationnelle dans la réalité sociale. Ils permettent l'émergence d'une offre faite à l'autre de produire un objet externe, de le fabriquer, de le parler enfin, de le partager. Ces activités, grâce au « plaisir de faire », contrebalancent la tendance de la libido à se désarrimer de la réalité pour se satisfaire de manière exclusivement hallucinatoire (dans la pensée et la rêverie). Pour autant, la valeur de telles activités ne réside pas dans la réussite de la tâche, mais dans la possibilité nouvelle d'une sublimation de la libido. Pour Picasso, dans ses vieux jours, l'art et la sexualité, « C'est la même chose ! ». L'objet idéal ainsi mis à distance dans la tentative agit d'en dessiner les contours, pourra de cette manière être maîtrisé, pensé, manipulé par la personne qui l'a produit. D'autre part, l'offrande, ou le « donner à voir », permet d'autant mieux l'expulsion d'objets internes fantasmatiques, qui jusqu'alors présidaient à la dépression et à l'angoisse, qu'ils sont à présent objets d'échanges. C'est au sens

où l'enjeu est bien la « possibilité de perdre » que les activités proposées sont des instruments thérapeutiques essentiels à la prise en charge des personnes dépressives.

Il faut donc garder à l'esprit la valeur exacte de l'activité qui réside plus dans la production que dans l'objet produit. Elle doit permettre au sujet de partir de lui-même pour aller vers l'autre. Il ne s'agit donc en aucun cas d'« occuper » la personne, mais bien au contraire de la « libérer ». Le « bien-faire » n'a aucun autre sens que celui de proposer un cadre structurant la valeur d'usage en valeur d'échange sans qu'aucun des deux termes ne soit exclu du processus. Le procédé, c'est-à-dire le choix du média, reste donc à l'appréciation de chacun des acteurs.

Conclusion

Chez l'âgé, la dépendance psychique, avec laquelle la dépression a des liens étroits, prend bien souvent la forme d'une dépendance physique. En institution, la lutte contre la dépendance est donc une priorité. Nous avons vu que la dépendance est une cause de la dépression puisqu'elle représente pour le sujet une atteinte à sa toute-puissance (pertes fonctionnelles) et qu'elle en est également la conséquence puisque la dépression se traduit d'un « lâcher prise » du désir d'être, d'avoir et de faire.

Le renoncement à des modes de satisfaction désormais impossibles caractérise le travail du deuil. Le renoncement à des satisfactions fantasmées impossibles caractérise une défense contre la violence de perdre, il est une tentative de maîtrise. La satisfaction trouvée dans la dépendance caractérise, quant à elle, une régression libidinale. Cette régression permet au sujet de se satisfaire sur un mode qui était le sien alors que son Moi était moins développé. Lorsque ses modes de satisfaction les plus élaborés sont empêchés, la libido trouve à s'écouler sur un mode régressé, c'est-à-dire infantile. La prise en soin de la dépression nécessite de savoir si la régression du sujet lui est passagèrement nécessaire à supporter le deuil ou si elle s'installe comme satisfaction exclusive du sujet. Dans ce second cas, elle peut résulter d'une défense pathologiquement excessive ou de la prégnance des bénéfices secondairement retirés de la relation de dépendance. Autrement dit, l'accompagnant de la personne dépendante doit faire très attention, selon le cas, à permettre la régression ou à la minimiser en offrant des satisfactions alternatives, valorisantes et psychiquement peu coûteuses. Quoi qu'il en soit, les comportements régressés (incontinence, perte de mobilité, mais aussi rêverie, discours pauvres et récurrents orientés vers la satisfaction de besoins primaires, etc.) doivent être considérés comme une nécessité psychique et non comme un « infantilisme ».

Ainsi, le dernier temps de la vie se caractérise moins par une retombée dans l'enfance, que par une retombée de l'enfance sur le sujet vieillissant, mouvement dans lequel les crises, les traumas, les tournants de la vie se compriment dans les maux actuels (souvent dans la souffrance somatique) pour apporter au vieillard, sinon sagesse, du moins réminiscence de ses linéaments. Ces « lignes de faille » peuvent mettre à jour ce qui a motivé le sujet toute sa vie et qu'il a souvent méconnu. Leur usage, vital ou morbide, dépendra de l'inclination de chacun pour la création, l'inventivité, ainsi que de l'accompagnement proposé. Ainsi, la vieillesse peut consister en un renforcement de la méconnaissance de soi qui a gouverné la vie du sujet. Nous avons vu comment cette posture conduit bien souvent à l'échec des défenses et à la dépression du sujet. Ou bien, à l'inverse, la nécessité d'un travail d'élaboration de ce qui a compté, de ce qui compte,

peut être pour la personne âgée « l’occasion d’une rencontre avec [elle]-même ».

1. Source : données 2005-2007 de l’Inserm et du CépIDC.

4

La maladie d'Alzheimer

1. Introduction

Si l'approche neurocognitiviste est prégnante dans les recherches sur les causes de la démence, il en existe d'autres relevant de la psychiatrie et de la psychopathologie. Les explications autour de traumatismes, pertes de la relation d'objet, dépression, angoisse morbide, stress, tentent d'expliquer, de donner un sens à la question du pourquoi la démence. Ces théories se situent dans leur grande majorité en complément de l'analyse dégénérative de la neurologie. Celle-ci reste donc implicitement ou explicitement la référence dans les recherches.

« La démence est une bioamnésie entre l'individu et son milieu caractérisé par la dissolution des systèmes de croyances et du langage protégeant normalement du caractère traumatique du réel, d'où des atteintes cognitives et non cognitives. Outre une altération de la mémorisation existe une dérégulation de la rationalisation émotionnelle marquée par une oscillation entre anosognosie et retour répétitif des souvenirs traumatiques, en particulier pour la famille, d'où des réactions d'angoisse catastrophiques non contenues lorsqu'il existe une atteinte concomitante des mémoires familiales » (Hazif-Thomas, Arroyo-Anllo, 1999).

2. Les théories causalistes

Dans cette définition, nous retrouvons bien le problème de la mémoire, mise en perspective avec l'environnement, dans une causalité biologique. Les conséquences de cet ensemble de déficits induisent un bouleversement au niveau de symptômes et d'affects et de la subjectivité du patient. Cette définition résume parfaitement la plupart des approches concernant la maladie d'Alzheimer et apparentées. Elles introduisent par contre un facteur traumatogène récurrent dans les théories biologiques (ou non) de la démence. J. Maisondieu (1989) analyse la démence comme **«** une affection psychologique » qui « n'invalide pas la dimension somatique ». Le début de la démence viendrait du refus de vieillissement de la personne âgée et son origine dans « une phobie de l'image spéculaire », l'image de la vieillesse.

Le vieux ne supportant pas son image vieillissante développerait une solution psychique : devenir dément en se soumettant à un « reniement », se refusant de se voir dans son double spéculaire. La personne âgée substitue à son image ancienne (au lieu d'accepter sa décrépitude) « un suicide en effigi*e* », autre définition de la démence. Celle-ci serait alors une « thanatose », une action de la pulsion de mort. Selon L. Ploton (1996), le mécanisme chez les déments serait « un repli de leur conscience sur elle-même » allant de pair avec un passage de « l'émotion acceptable » parce que compatible « avec la constitution d'un système organisé interneuronal, émotion autorisant donc la construction de représentations psychiques » de type démentiel. Des

facteurs traumatiques se surajoutent, notamment dans l'histoire familiale (nombre de décès à la naissance, etc.). Cette approche est extrêmement similaire à celle de J. Maisondieu. G. Le Gouès (1991) invente, lui aussi, un nouveau terme, celui de « psycholyse » (proche du concept de thanatose de J. Maisondieu), pour décrire la destructuration du dément comme une « originalité mentale ». La position de C. Montani (1997) (en cohérence avec G. Le Gouès) permet de dissocier le paradigme cognitif de la mémoire du processus psychique inconscient en cours dans la démence. Elle introduit des notions pertinentes sur une mémoire « conative », sorte de remaniement psychique en jeu dans le processus démentiel. M. Péruchon (2000), quant à elle, parle de la démence comme d'un processus reflétant l'organisation psychique antérieure autour d'un équilibre névrotique.

3. Historique des définitions

La première définition datant de 1726 décrit la démence comme « une extinction de l'imaginaire et du jugement ». E. Esquirol donnera un sens plus cognitif au XIX^{e} siècle : « La démence prive l'homme de percevoir les objets, d'en saisir les rapports, de les comparer ; d'en conserver le souvenir complet. » La citation la plus célèbre de E. Esquirol reste « le dément est un riche qui devient pauvre, contrairement à l'arriéré qui est toujours resté pauvre ». La dimension d'incurabilité et de chronicité devient prégnante, et sera officialisée plus tard dans les définitions des différents DSM.

Kraepelin propose le nom de maladie d'Alzheimer pour désigner la forme présénile de la démence caractérisée par les découvertes préalables (1907) neuro-anatomiques du médecin allemand et les analyses sur le jugement et la mémoire dans le cas de deux patients.

4. Définitions actuelles

La définition de la démence donnée dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (American Psychiatric Association, 1995) donne trois grandes catégories : les troubles de la mémoire, du langage, des automatismes. La terminologie « démence sénile de type Alzheimer » recouvre le flou diagnostic confirmé dans la clinique. Nous évoquerons tout au long de ce travail le terme de démence pour qualifier la pathologie des patients.

La démence est une maladie neurodégénérative du cerveau caractérisée par une détérioration des fonctions cognitives et une perte de neurones. La prévalence de la maladie d'Alzheimer est de 1,5 % à 40 % (1,5 % entre 60 et 70 ans, 5 % entre 70 et 80 ans, 15 % entre 80 et 90 ans et 40 % au-delà de 90 ans).

L'altération de la mémoire, symptôme précoce et prédominant, est nécessaire au diagnostic. À des stades plus avancés de la démence, la détérioration de la mémoire est si sévère que le sujet oublie son métier, ses études, sa date de naissance, les membres de sa famille et parfois même son nom. La mémoire peut être évaluée de façon formelle en demandant au sujet d'enregistrer, de retenir, de rappeler et de reconnaître des informations. La capacité à apprendre des informations nouvelles peut être appréciée en demandant à la personne d'apprendre une liste de mots. On lui demande de répéter les mots (enregistrement), de se rappeler l'information après un intervalle de plusieurs minutes (rétention, rappel) et de reconnaître les mots dans une liste plus

étendue (reconnaissance). Les individus qui ont des difficultés à apprendre des informations nouvelles ne sont pas aidés par des indices ou des suggestions (par exemple, questions aux choix multiples) parce que le matériel n'a pas été mémorisé au départ. La détérioration du langage (aphasie) peut se manifester par une difficulté à la dénomination d'objets ou de personnes. Le discours devient alors vague ou creux, avec de longues circonlocutions et une utilisation excessive de mots imprécis comme « chose », « ça ». La compréhension du langage parlé (critère A2a) et du langage écrit, la répétition peuvent être également altérées.

Aux stades avancés de la démence, les individus peuvent être mutiques ou bien avoir une détérioration de l'expression orale caractérisée par l'écholalie (c'est-à-dire la répétition de ce qui a été entendu) ou la palilalie (c'est-à-dire répétition continue de sons ou de mots). Le langage est exploré en demandant au sujet de dénommer des objets dans la pièce (par exemple cravate, robe, bureau, lampe) ou des parties du corps (par exemple nez, menton, épaule), d'exécuter une consigne (« montrez-moi la porte et ensuite la table ») ou de répéter des phrases (« Il n'y a pas de mais, ni de si, ni de et. »). Nous reviendrons longuement dans un chapitre spécifique sur les troubles du langage. Les sujets déments peuvent présenter une apraxie (critère A2b), c'est-à-dire une altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des capacités motrices, des fonctions sensorielles et une compréhension des consignes intactes. Ces sujets souffrent d'une agnosie (critère A2c) se définissant comme une impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensitives et sensorielles intactes. Le sujet peut par exemple avoir une acuité visuelle normale mais devenir incapable de reconnaître des objets tels une chaise ou des crayons. Parfois, ils ne reconnaissent plus les membres de leur famille, voire leur propre image dans le miroir. De la même façon, ils peuvent avoir une sensibilité tactile normale mais être incapable d'identifier, par le toucher seulement, les objets placés dans leurs mains (une pièce de monnaie, des clés). Des perturbations des fonctions exécutives (critère A2d) sont rencontrées couramment dans la démence. Les fonctions exécutives comprennent la capacité à penser de façon abstraite, planifier, initier, organiser dans le temps, contrôler et arrêter un comportement complexe. Le critère B regroupe les symptômes des critères Al (altération de la mémoire) et A2 (aphasie, apraxie, agnosie ou perturbation des fonctions exécutives) qui doivent être suffisamment graves pour entraîner une altération significative du fonctionnement social ou professionnel représentant un déclin par rapport au fonctionnement antérieur.

Le déclin continu au niveau cognitif (critère C). Les critères D, E, F sont des critères d'exclusion d'autres affections. Les troubles ne sont pas dus à :

– critère D : maladies cardiovasculaires, carence, etc. ;

– critère E : delirium ;

– critère F : trouble dépressif ou schizophrénie.

Il est rajouté dans la recherche de diagnostic : « il est difficile d'obtenir une preuve anatomopathologique directe de la maladie d'Alzheimer, le diagnostic ne peut être posé qu'en éliminant les autres causes de la démence ».

L'Organisation mondiale de la santé (CIM-10) donne comme définition (quasiment identique à celle du DSM-IV) de la démence :

« Altération progressive de la mémoire et de l'idéation suffisamment marquée pour handicaper depuis au moins six mois, et d'un trouble d'au moins une des fonctions suivantes : calcul, jugement, altération de la pensée abstraite, praxies, gnosies ou modification de la personnalité. »

5. Les troubles du comportement

En plus des signes dénommés ci-dessus se surajoutent des signes et symptômes comportementaux à l'affection démentielle. L'origine de ces troubles reste pour le moins mystérieuse, induisant toute une série de théories dont la prégnance de leurs causalismes invalide pour partie leurs développements. Les plus fréquents des signes et symptômes sont les délires et troubles de l'identification. Le patient dément croit, de façon paranoïde, voir des personnes rentrer dans sa chambre et lui voler son argent, ses vêtements. Il accuse incidemment de vol ou d'infidélité les soignants ou le conjoint provoquant tour à tour la consternation et la foudre des reproches des familles et des soignants.

On peut les classer en quatre types :

– le phénomène du fantôme, dans lequel la distinction entre un trouble de l'identification et une hallucination est difficile ;

– le trouble de la reconnaissance de *sa* propre image dans le miroir ;

– le trouble de l'identification d'une autre personne ;

– la conviction que les personnes observées sur l'écran de télévision sont dans la pièce et peuvent entendre ses propres propos.

Ces troubles provoquent nombre de disputes avec les soignants qui ne comprennent pas le patient, ne cessent de le corriger ou de le contenir par tous les moyens (contentions physiques, psychiques, etc.).

Le dément est aussi sujet à des hallucinations, expériences sensorielles (visuelles, auditives ou tactiles) sans perception, se différenciant des illusions. Ces hallucinations n'ont pas le caractère très construit que l'on peut trouver dans la « psychose paranoïde » dont le cas le plus célèbre reste le président Schreber. Les neurologues attribuent ces hallucinations à la conséquence d'une erreur perceptive pouvant être favorisée par une agnosie visuelle. Un autre trouble, l'annotation, se caractérise comme une activité verbale, vocale ou motrice inappropriée par sa fréquence ou par sa survenue dans le contexte social. On en distingue trois types : l'agitation verbale, l'agitation physique non agressive et l'agitation agressive. L'annotation ne doit pas être confondue avec l'instabilité psychomotrice. Là aussi, plusieurs types peuvent être distingués : la déambulation qui définit le comportement du patient explorant les lieux, la tasikinésie qui est l'incapacité de rester assis ou allongé. Certaines manifestations peuvent faire évoquer les mécanismes compulsifs comme des comptages à voix haute, des répétitions gestuelles (frottements, etc.) ou verbales (répétition incessante de la même question ou du même refrain). La désinhibition est souvent associée à un certain nombre de troubles du contrôle de soi, comme l'impulsivité, les troubles du contrôle de l'émotion.

Le dément présente parfois une apathie, trouble de la motivation qui ne peut être attribué à un trouble de conscience, à un déficit intellectuel ou à un stress émotionnel. Cette apathie a trois composantes : une diminution de l'initiation motrice, une diminution de l'initiation cognitive et une diminution du ressenti affectif.

De plus, le dément souffre d'une hyperémotivité. Celle-ci est définie comme une forte tendance à pleurer, plus fréquemment, plus facilement ou de façon plus intense, dans des

circonstances particulières (visites de la famille, maladie, etc.), des expressions de sympathie, l'arrivée ou le départ d'un proche, la présence d'un étranger, l'incapacité à réaliser une tâche, regarder des événements tristes à la télévision, écouter de la musique, etc. Elle se distingue des réactions de catastrophes qui sont habituellement indépendantes du contexte extérieur et du vécu affectif du patient.

Des manifestations dépressives sont aussi analysées. La tristesse de l'humeur peut s'observer à différents stades de démence. Au début, elle serait l'expression d'un dysfonctionnement neurobiologique peu modulé par l'environnement. Contrairement à ce qui est observé dans la dépression, la tristesse est de courte durée dans une journée, survenant par moments. Ces moments peuvent être réactionnels à la prise de conscience fugace du déclin cognitif, en particulier lors de mise en échec.

De plus s'ajoute une fragmentation du rythme de sommeil observée chez les patients déments. Des états d'hyperactivité peuvent être présents seulement à des horaires précis. La période après 16 heures est la plus fréquente et est appelée « phénomène du coucher de soleil » (« *sundowing* »).

Avec cela, nous constatons couramment des troubles des conduites alimentaires avec une hyperphagie fréquente avec augmentation de la ration alimentaire. Elle se distingue de l'hyperoralité par la mise à la bouche d'objets seulement alimentaires, survenue, liée à l'évolution de la maladie. Une des caractéristiques de la prise d'aliments chez les patients déments serait l'absence de décélération de la vitesse à avaler les aliments au cours du repas. Un trouble de la satiété serait fréquent chez les sujets déments, tout comme l'augmentation de la ration alimentaire.

Des troubles de la conduite sexuelle seraient fréquents, et particulièrement la réduction. Il peut exister une certaine perte de la décence, manifestation surtout de désinhibition.

6. Conclusion

À la lecture de ces signes cliniques, il est peut-être difficile de se représenter le quotidien du patient atteint de cette maladie. Le dément en institution, dont il est question, présente l'ensemble des signes cliniques décrits ci-dessus. Toutefois, cette description est incomplète pour témoigner de la vie quotidienne du dément.

Comme évoqué, la mémoire, le langage, les capacités à reconnaître les objets, les gens, les attitudes, le sens des mots sont atteints. Du fait des problèmes de la mémoire, le sujet dément va perdre les notions de son identité et ce de façon d'autant plus aiguë que la maladie avance. Se souvenir de son nom et de quelques bribes de son passé deviendra de plus en plus complexe, difficile et douloureux. Il peut, de plus, oublier complètement les souvenirs de sa vie, la date de son mariage, mais aussi qu'il s'est marié ou avec qui il s'est marié. Il ne va pas reconnaître sa fille, son fils ou, pire, ne les reconnaître que de temps en temps provoquant douleurs et chagrins des familles refusant peu à peu de continuer à venir le voir. Comme souligné, le dément peut oublier la mort de personnes qui lui sont chères et les réclamer, comme ses parents. « L'annonce » des décès par les soignants lassés devant ses demandes répétitives sera alors

comme une nouvelle information avec des réactions catastrophiques : « Oh ! mon Dieu ! Mais que m'annoncez-vous là ? »

La vie du dément est à la fois compliquée et restreinte à sa plus simple fonction des besoins. Les actes quotidiens qui jalonnent notre vie tels que manger, boire, dormir, se laver, s'habiller, nécessitent de se souvenir qu'il faille se laver, que l'on ne s'est pas lavé. Cela procure au dément les pires tourments dans leurs exécutions et leurs perceptions. Car ces actions demandent que l'on se souvienne des sensations, des schémas moteurs, des expériences passées pour les effectuer correctement, mémoires partiellement atteintes, voire, dans les cas les plus graves, totalement détruites.

Dans la démence, parler, reconnaître l'autre, se souvenir de ce que l'on a fait avec lui induisent des impossibilités sur lesquelles bute le patient. Il peut sentir confusément qu'il connaît, tout en se sentant incapable de fixer son attention. Par effet consécutif, des sensations de découragement, de tristesse, de désespoir ou d'agressivité apparaissent.

La rencontre avec un dément bouleverse le clinicien dans ses repères techniques et humains. Le dément ne vous reconnaît pas d'abord comme un soignant, un psychologue ou quoi que ce soit d'autres provoquant ainsi des pertes de repères pour l'autre du dément. Le dément, par sa désorientation, désoriente son interlocuteur, le laissant pantois et désorganisé devant cette maladie. La question de savoir s'il vous reconnaît comme un être humain se pose à vous-même, car s'il vous parle, il lui arrive aussi de parler aux plantes, aux murs et de jargonner pendant des heures, voire de cesser totalement de prononcer des mots. Il vous saisit alors les mains, vous sourit, vous regarde longuement, parfaitement mutique. Parfois, il reste des heures à frotter ses mains contre des tissus, à toucher des boutons, à regarder fixement ailleurs, un espace qui nous semble, à nous, si vide. D'autres encore hurlent toute la journée et, quand vous allez vous enquérir du pourquoi de ces cris, ils vous affirment qu'ils ne sont pas à l'origine de ces sons, tout en recommençant dans la seconde qui suit cette affirmation.

Les déments ont du mal à s'orienter, se perdant dans les couloirs, ils ne trouvent pas les toilettes et urinent sur eux, contre un mur, contre une porte. Ils s'approchent alors de vous, vous regardent et s'agitent car ils sont sales et sentent confusément que quelque chose ne va pas.

D'autres se déshabillent et marchent nus dans le service. Il arrive aux déments de marcher durant des heures, toute une journée, empêchant ainsi les autres de dormir (ils entrent dans les chambres). Des patients parfois marchent, s'assoient, vous sourient et vous frappent dans le même mouvement lorsque vous êtes près d'eux. D'autres encore vous regardent fixement comme si vous étiez un étranger à l'espèce humaine.

Un jour, une patiente hurlait le nom de son fils qui venait de la quitter alors qu'elle ne lui avait pas adressé un regard tout le long de sa venue, lui était désespéré de « voir sa mère comme ça ». D'autres encore appellent leurs enfants par le nom de leur femme, leurs frères, leurs sœurs, etc. ; des patients ont un jour témoigné tellement d'attention au clinicien qu'il comprit que le patient voyait son fils. Des patients cessent bizarrement un jour de manger, de se déplacer. Leurs cris

sont si forts que nous nous posons la question de savoir s'ils ont mal et les questions du genre : « avez-vous mal ? » reçoivent la réponse « oui », tout comme à la question « vous n'avez pas mal ? », réponse qui désespère le moindre clinicien…

Souvent au début de leur placement en institution, ils gardent des capacités d'orientation. Ils utilisent des phrases complètes qu'ils répètent à l'identique, par exemple M^me^ Jeannine qui me répond comme une ritournelle « je vais bien mon chéri, tout va bien, on va aller danser, que veux-tu ? Je vais bien mon chéri » devant notre attention à la qualité de son séjour. D'autres encore vous parlent presque normalement et puis « glissent » mystérieusement et associent sur des histoires incompréhensibles avec des personnages décédés, absents. Au-delà donc d'une description des symptômes froidement rationnelle, nous avons voulu montrer comment, dans la vie de tous les jours, les symptômes de la démence posent problème.

Cette description projette de compléter le tableau psychiatrique des affections de la maladie et de ses ravages. L'addition des deux rend la psychologie du vieillissement bien hasardeuse dans le quotidien de son travail. Quelle méthode, quelle pratique pour s'approcher de ces hommes et de ces femmes ?

5

Écouter le dément : méthode

1. Introduction

La maladie d'Alzheimer (MA) présente conjointement une altération des troubles mémoriels et de la sphère du langage. La mémoire sémantique est fortement altérée, provoquant une réduction du stock lexical, voire une aphasie complète à un stade sévère. Les capacités phonologiques sont mieux préservées que celles sémantiques, cela peut d'ailleurs être un élément de diagnostic tout comme les troubles de la mémoire sémantique ou l'évolution de la maladie.

La mémoire sémantique est un point important dans la compréhension de la maladie d'Alzheimer. En dehors des agitations verbales, des palilalies et des écholalies, le dément continue toutefois à parler sous un mode difficile à comprendre. Nous nous intéresserons aux phrases qui sont cohérentes au niveau syntaxique, d'une structure grammaticale de type sujet-verbe-complément.

Lorsque le dément s'adresse à son entourage, le caractère répétitif et insistant de ses demandes ne cesse de questionner ceux qui l'écoutent. Les propos du dément sont souvent centrés sur la visite d'une personne décédée (en général, la mère ou le conjoint) ou d'un parent (fils ou fille), l'urgence de faire ou de payer quelque chose. Celui qui écoute ces demandes va, dans le meilleur des cas, invalider le sens de ce qui est dit. « Recadrer » le dément, selon le terme usité des soignants, revient à lui dire que sa mère est morte, que ses enfants sont adultes et qu'il est impossible qu'ils soient venus le voir, ou encore qu'ici tout est payé. Trop souvent, les altérations de la mémoire sémantique sont perçues par les soignants comme normales et invalident la tentative de communiquer du dément. Le problème vient que ce type de réponse ne satisfait pas du tout le patient. Une agitation apparaît en réponse aux discrédits portés à sa parole. Ne pas le comprendre à des effets sur l'émotion qu'il peut en ressentir.

Notre propos est d'analyser au niveau linguistique sa parole en partant du principe d'une intentionnalité. Le trouble neurologique perturbe la construction du sens explicite (la dénotation) mais un sens implicite persiste (la connotation). Ce sens existe à la condition de saisir la structure langagière de ce qui est prononcé au-delà du sens littéral. Nous nous séparons là de l'approche fondée par N. Feil (2005) qui ne cherche pas le sens mais valide l'intention qui reste inconnue. Il s'agit bien de saisir le sens implicite de ce qui est énoncé à partir de ce qui est verbalisé littéralement.

2. Clinique

M^me^ Errée importune des soignants de la maison de retraite avec ses demandes régulières et répétées : « Je veux ma maman. » Toutes les réponses usuelles de type « votre mère est morte » suscitent un déchaînement de violence : « Je ne suis pas folle. » Lorsque je m'adresse à elle, je lui dis : « Vous me semblez bien seule, et vous avez besoin de compagnie, venez avec moi, je vais m'occuper de vous. » Elle cesse immédiatement de réclamer sa mère. Nous sortons marcher dans le jardin. Durant la sortie, M^me^ Errée est calme, plutôt silencieuse, elle ne verbalise rien autour de sa mère.

M^me^ Forte a 88 ans, MA diagnostiquée depuis sept ans (MMS impossible à réaliser, Cohen-Mansfield : 14). Dépendante en fauteuil, ce jour-là, elle hurle : « Vous ne voyez pas que je suis en prison. » Les questions fusent de la part des soignants, qui ont pour effet de provoquer une agitation supplémentaire, une augmentation du volume sonore et une répétition de la phrase. Nous nous interrogeons sur les changements dans son environnement. Or, ce matin-là, on lui attribua un fauteuil plus confortable avec repose-pieds. Le clinicien propose aux soignants de lui rendre son ancien fauteuil et là, les cris cessent immédiatement. M^me^ Forte se calme et nous donne la solution de l'énigme : elle frotte ses pieds sur le sol, chose impossible avec le nouveau fauteuil, et nous dit : « Là, je suis en liberté. » La prison était l'impossibilité de bouger ses pieds, de sentir le sol !

M^me^ Julia a 98 ans, autonome physiquement, sa MA est diagnostiquée depuis à peine deux ans, elle vient d'arriver en institution. Cette patiente hurle aujourd'hui : « Mes parents ne savent pas que je suis ici ! » Seules les phrases : « Vous êtes seule et vous vous sentez abandonnée, moi je vais rester avec vous maintenant, je ne vais pas vous laisser seule » provoquent chez elle un « Ah c'est vous, c'est bien, c'est bien » qui la calme.

3. Comment communiquer ?

Le dément tente de communiquer de façon réduite lexicalement une activité perceptive. Ce qu'il prononce présuppose chez lui une intention, masquée par les altérations de sa mémoire sémantique. La réitération des phrases (mais non sa simple compulsion répétitive) conduit à considérer que quelque chose se doit d'être entendu. Le dément entreprend ici un acte langagier qui échoue au niveau d'une énonciation littérale de son intentionnalité. Cette intentionnalité nécessite une polyphonie interdite du fait de la MA et de sa réduction lexicale. L'intention du message se reporte sur un lexique disponible mais pauvre en nombre. Dans le cas de M^me^ Errée, sa demande « je veux ma maman » a été comprise par le clinicien comme une demande de présence rassurante. Il est admis que la dénotation échoue pour accéder au sens de l'échange linguistique, dans la MA, cet échec s'étend au dit.

Le dément communique par connotation à partir des signifiants prononcés. Cela conduit à dire que le dément verbalise des mots signifiants comme éléments porteurs de sa réduction lexicale. Alors, seule la connotation des phrases peut nous aider à comprendre. Le sens se réintroduit dans des verbalisations simples fortement connotées qui sont des actes de langage.

Le dément a une intention, car tout énoncé phonologique est une tentative de communication. Cette intention va donc se repérer dans les interstices des mots, dudit littéral. Le contexte de

l’échange verbal va permettre d’amorcer une rencontre, d’en saisir le sens par la connotation.

Lorsque M^{me} Forte dit : « vous ne voyez pas que je suis en prison », elle énonce qu’elle perçoit des sensations désagréables qu’elle ne peut nommer précisément. Elle verbalise donc sa sensation devant son impossibilité de nommer la chose même. Elle exprime un mal-être qu’elle ne peut, par le jeu des associations, nous expliquer. C’est donc en se faisant des hypothèses et non pas en lui posant des questions que nous trouvons la réponse car, comment découvrir que sa prison était son impossibilité à sentir le sol sous ses pieds ? Ce sont donc les associations de l’interlocuteur, à ses risques et périls, qui permettent l’accès au sens des paroles du dément.

En extrapolant, lorsqu’un patient dément dit « je veux ma maman », nous entendons une connotation d’un besoin de présence. Le signifiant « maman » et le souhait de l’avoir près de soi, c’est désirer la présence d’une personne chère, d’une image parentale protectrice et nourricière. Cela peut signifier implicitement un besoin de présence, une peur de l’instant. La réponse de l’interlocuteur porte ici sur le sens connoté de la demande. Le type de dit « je veux maman » se comprend comme une connotation associative puisque le dit (la phrase verbalisée) sert à comprendre le dire (l’acte langagier).

Ainsi, entre ce qui est prononcé et ce qui est répondu, on peut tenter un amorçage d’une verbalisation explicite de ce qui est implicitement connoté. Proposer un sens à la parole du dément permet à celui-ci d’en reconnaître son intention. Le patient atteint de MA souffre moins d’une disparition du sens que d’une difficulté à retrouver le chemin du sens.

4. Conclusion

La personne atteinte de MA parle, le statut de non-sens de ce qu’il produit le conduit souvent à s’agiter et à réitérer ses paroles. Du fait des dégradations de sa mémoire sémantique, le dément parle par métaphore éteinte. Cela conduit celui qui l’écoute à entendre l’énonciation de ce qui est transmis dans ce qui est dit. La psychiatrie avec les néologismes du schizophrène a montré les sources importantes de sens. Des similitudes sont possibles entre schizophrénie et Alzheimer ; dans les deux cas, la mémoire sémantique est altérée.

Le recours aux néologismes, aux énonciations métaphoriques, loin d’être des artefacts de la neurologie, est bien au contraire la condition d’un amorçage d’une rencontre. En ce sens, une méthode de soin psychique peut se dessiner : être sensible à sa tentative de communication et être conscient des mécanismes langagiers. Cela demeure le seul recours de l’accompagnant et du clinicien.

Le dément souffre de ce que le poète Stefan George, repris par Heidegger, signe : « aucune chose ne soit, là où le mot faillit ». Ainsi, la chose perçue n’existe pas pour celui qui ne peut le dire, à nous de pouvoir en saisir le sens, le dément comme être de l’instant. Encore une chose, comment expliquer que le dément à un stade sévère use de phrase complexe au lieu de simplement dire « faim » « soif », etc. ? Une preuve s’il en était besoin, que nous ne sommes pas seulement un ensemble de fonction cognitive et de gène. Preuve s’il en est de la persistance de la vie psychique dans la démence.

6

L’approche non médicamenteuse

1. Introduction

À l’heure actuelle, la prise en charge de la maladie d’Alzheimer se décline selon deux modalités complémentaires : la thérapie médicamenteuse et les interventions communément regroupées sous le terme d’approche ou thérapie non médicamenteuse.

Sur le plan pharmacologique, il n’existe actuellement aucun traitement curatif ou susceptible de ralentir l’évolution des lésions anatomopathologiques. Les traitements permettraient en revanche de soulager les symptômes inhérents à l’évolution des lésions cérébrales. Néanmoins, l’efficacité de ces médicaments a été remise en cause récemment, de sorte que la Haute autorité de santé (HAS) en a abrogé les recommandations en mai 2011. Ces traitements posent en effet la question du bénéfice thérapeutique minime en regard des risques liés aux effets secondaires et iatrogènes, qui bien souvent entraînent une cascade de conséquences néfastes en terme de contention et d’enfermement.

Dans ce contexte, l’enjeu de la psychogérontologie est de développer le versant de l’approche non médicamenteuse dans le but principal d’une amélioration de la qualité de vie du patient au quotidien, mais également celle des aidants familiaux et professionnels. Pour la personne malade, cet enjeu est de taille, puisqu’il permet de remettre en question certaines idées fausses longtemps répandues, selon lesquelles « il n’y a plus rien à faire pour le malade », qui « ne comprend plus rien ». On entrevoit déjà le fondement éthique d’une telle démarche, qui découle d’un pari de croire en l’humain et en la persistance d’une vie psychique dans la démence (Quaderi, 2003). Ce postulat, qui sera le point de départ à toute prise en soin, nous permettra de considérer le sujet dément à travers le prisme de ses capacités et de ses potentialités créatrices, plutôt qu’à travers celui de ses pertes et de ses déficits.

2. Les différentes méthodes non pharmacologiques

L’approche non médicamenteuse est un concept qui ne se réfère à aucune théorie particulière. Il recouvre ainsi de multiples pratiques qui se réclament d’horizons bien divers.

La neuropsychologie, par exemple, s’appuie sur une démarche de stimulation et de remédiation cognitives afin de viser le maintien, voire l’amélioration des capacités cognitives préservées des patients.

L’accent est également mis sur l’importance de l’aménagement de l’environnement et de la stimulation sensorielle dans le soin psychique des symptômes psychologiques et

comportementaux observés chez les patients déments. En effet, la démence se caractérise par un émoussement sensoriel qui modifie la perception de l'environnement et peut conduire à une perte de contact avec la réalité souvent à l'origine de ces symptômes. Il a été montré qu'un environnement cohérent et bienveillant permet d'apaiser les signes d'angoisse et d'anxiété ainsi que les comportements d'agitation.

Le soutien psychologique fait partie intégrante des thérapies non médicamenteuses : selon la problématique du patient et le stade d'évolution de sa pathologie, il sera effectué individuellement ou en groupe, allant de l'entretien individuel à la thérapie par la médiation.

L'activité motrice révèle également de nombreux bienfaits sur le corps et la psyché des patients. En effet, l'exercice présente un effet bénéfique sur les capacités physiques, mais améliore également la confiance en soi, et prévient ainsi le risque de chutes.

Il existe enfin tout un panel d'animations adaptées aux goûts de chacun. L'intégration du patient dans un groupe présente l'avantage de restaurer le lien social et de prévenir le risque d'isolement et de repli sur soi.

Chaque soignant, selon sa spécificité, est en mesure d'apporter une pierre à l'édifice : psychologue, psychomotricien, musicothérapeute, art-thérapeute, ergothérapeute, kinésithérapeute, etc. L'approche non médicamenteuse sera ainsi considérée sous l'angle de la thérapie par le corps, par le mouvement, par le toucher, par l'art, par la voix, etc.

La connaissance du patient et de ses goûts actuels et antérieurs est fondamentale. Elle passe par une écoute attentive de l'histoire de vie racontée par le patient et/ou sa famille. Un bilan initial permettra de mettre en place un projet ciblant les différentes méthodes que l'on va proposer au patient. Ce bilan tiendra compte des besoins de celui-ci en regard des moyens proposés par l'institution. Il tiendra compte des rythmes du patient, de ses prises en charges au niveau des soins (hygiène, alimentation, hydratation) et trouvera le juste milieu entre soin physique et soin psychique, entre stimulation insuffisante et stimulation à outrance.

L'ensemble de ces méthodes se heurte à un problème majeur : comment entrer en relation avec le sujet dément à un stade évolué de sa maladie ? Comment ce sujet est-il à même de comprendre l'autre et de s'exprimer lorsque le langage ne constitue plus l'interface privilégié avec le monde ? Pour répondre à ces questions, nous faisons appel au concept de « médiation », utilisé dans le champ de la thérapie psychanalytique. La médiation, en effet, peut constituer une alternative à la rencontre duelle, parfois difficile à mettre en place, en facilitant le lien avec le malade. C'est à travers la médiation que nous aborderons les différentes thérapies non pharmacologiques.

3. La médiation comme moyen d'expression de soi et comme intermédiaire à la rencontre

Dans le sens le plus courant du terme, la médiation a pour fonction, par l'introduction d'un tiers, d'arriver à un accord entre deux parties qui s'opposent. Cette fonction « pacifiante » rend l'application de la médiation intéressante dans de nombreux domaines (la justice, la politique, l'éducation, le travail, etc.). Du latin *mediare*, « être au milieu », la médiation implique un élément médiateur (médium ou médiat) et un espace entre des instances : c'est donc « ce qui vient entre », qui à la fois sépare, mais aussi relie. La médiation possède cette fonction d'intermédiaire qui a ceci de paradoxal qu'elle est à la fois ce qui créé la rencontre et ce qui naît

et prend sens au sein même de la relation.

3.1 Le passage de la cure traditionnelle à la technique médiatisée

En tant que pratique de soin psychique, la médiation voit le jour lorsque la psychanalyse se confronte à la nécessité de repenser son cadre et de trouver des alternatives à la cure type inventée par Freud. En effet, face à certaines pathologies ou dans des situations spécifiques, la technique traditionnelle se révèle être un échec. Dans ses écrits techniques, S. Freud (1904) énonce des limitations à l'instauration d'une cure, notamment dans le cas des patients âgés, chez qui la quantité de matériaux psychiques à étudier augmenterait indéfiniment la durée du traitement. À partir de là, certains de ses successeurs se penchent sur la nécessité d'adapter la psychanalyse à certains patients.

Le but de la médiation est de mobiliser des processus psychiques qui le sont difficilement à partir de la simple association libre, moteur de la cure traditionnelle. C'est le constat de l'impossibilité de travailler exclusivement à partir du registre verbal qui motive l'intervention des premières médiations dans le cadre de la thérapie analytique.

C'est dans le domaine de la psychothérapie d'enfants en Angleterre que l'on voit apparaître les premières formes de médiation. A. Freud et M. Klein développent la technique du dessin comme moyen de communication privilégié et comme suppléance aux associations verbales manquantes. D. W. Winnicott introduit la technique du jeu, notamment le *squiggle*, jeu graphique dont le principe réside en ce que chacun à son tour, analyste et enfant, transforme un dessin commun en y ajoutant un trait de crayon. Cette technique offre une possibilité de co-création à l'intérieur de la cure et ouvre un espace transitionnel, sorte de lieu intermédiaire qui rend possibles les échanges entre soi et l'autre, entre soi et le monde.

G. Pankow introduit la technique du modelage dans la thérapie des patients psychotiques, qui permet un travail de reconstruction de l'image du corps, dans le but de favoriser l'émergence des processus de symbolisation.

Afin de délimiter les contours d'une approche médiatisée, A. Brun (2011) nous amène à considérer deux types de dispositifs de médiation. Les dispositifs de médiation à création se concentrent sur le processus créatif et l'encouragent en accompagnant le travail de production, et peuvent, par conséquent, être encadrés par tout type d'animateur, qu'il soit infirmier, psychologue, artiste, etc. Les dispositifs thérapeutiques à médiation se réfèrent au champ de la psychothérapie psychanalytique et sont donc supervisés par des professionnels formés à la psychologie (art-thérapeute, psychomotricien, musicothérapeute, etc.). Le principe de ces dispositifs repose sur la prise en compte des enjeux transférentiels, la focalisation sur l'objet médiateur et l'interrogation de la dynamique psychique sous-tendue par la production et le processus créatif. Il s'agit d'une pratique de soin psychique spécifique pour les patients qui ne relèvent pas d'un cadre analytique classique. Dans les premiers dispositifs, le but sera d'encourager la créativité, dans les seconds, il s'agira de mettre en avant la notion de soin psychique.

3.2 Le choix de la médiation dans la démence

B. Chouvier (2010) introduit deux sortes de médiations dans le champ thérapeutique : celles qui sont déjà là et celles qui sont à créer. Toutes deux mettent en articulation la notion winnicottienne d'objet « trouvé-créé ». Celles qui sont déjà là (contes, jouets, images, photos) font appel à une dimension active de la part du sujet, qui doit manipuler des objets concrets qu'on lui présente. Elles servent à activer ce qui chez le sujet est resté en panne du fait d'un blocage ou d'un défaut d'imaginaire. L'objet est ici le point de départ du travail thérapeutique. Celles qui sont à construire partent de matières premières (peinture, crayons, feutres, feuilles) que l'on propose au sujet pour qu'il les transforme. L'objet constitue l'aboutissement du travail thérapeutique.

Dans les deux cas, la créativité est mobilisée, mais de manière différente : elle se manifeste soit dans la façon dont sont mis en jeu les objets, soit dans la réalisation à partir de la matière première qui a valeur d'objet. Le choix de l'une ou l'autre médiation va dépendre de la problématique du sujet : si certains patients se voient bloqués et inhibés par le vide initial, du fait par exemple d'une défaillance de l'initiation de la pensée, ou d'une angoisse de la « feuille blanche », d'autres ne peuvent lancer un processus créatif qu'à partir de rien. Dans la pathologie démentielle, du fait d'une pauvreté de l'imaginaire, on observe plus souvent le premier cas de figure : l'associativité ne sera rendue possible qu'à partir d'un élément primordial, d'un « déjà là ». De manière générale, il faut veiller à ce que l'utilisation du médium ne soit pas source d'échec ou d'angoisse : il doit constituer le mode d'expression le plus approprié pour le sujet et être investi par celui-ci, personnellement et culturellement, d'où l'importance de la connaissance des goûts et habitudes antérieurs du sujet. Le médium doit être investi de la même façon par le thérapeute.

Voyons à présent les différentes catégories de médiations susceptibles d'être proposées dans la prise en soin du sujet dément ainsi que les vertus qui leur sont liées.

a) L'art

La psychanalyse a de tout temps emprunté à l'art une valeur thérapeutique primordiale émanant de sa dimension créatrice. L'art autoriserait la projection d'un certain nombre d'idées, d'affects, de sensations sous une forme sublimée porteuse de sens. Il précipiterait les pulsions destructrices en pulsions créatrices, ce qui aurait une fonction protectrice à l'égard du Moi.

Les médiations artistiques se basent sur l'introduction d'un objet emprunté au domaine de l'art, qui sert de support aux processus de symbolisation. Le plus souvent, elles font appel à la production, avec une possibilité d'étayage lors de difficultés gnosiques, praxiques, ou lors d'une confrontation au vide. L'art offre de nombreuses possibilités à choisir en fonction de la sensibilité de chacun : l'art scriptural et graphique (écriture, poésie, peinture, dessin), le modelage (sculpture à l'argile, pâte à modeler, etc.), le collage, la musique, la danse, le théâtre, etc. On citera également l'art brut, art spontané qui naît du matériau et laisse libre cours à la créativité du sujet. Cependant, pour les raisons que nous avons citées précédemment, cette technique pourrait révéler plus d'obstacles que de bienfaits dans la pathologie démentielle.

L'art en tant que médiation présente l'avantage de pouvoir être considéré selon différentes propriétés, qui seront choisies en fonction de leurs qualités spécifiques. Ces techniques font toutes appel à l'expression de soi, que ce soit au travers de la production plastique, corporelle ou

encore vocale. Certaines médiations artistiques suscitent une manipulation dans les deux dimensions de l'espace, d'autres en impliquent trois. Certaines autorisent un contact avec la matière, sollicitant des sensations « peau à peau » à même d'éveiller une prise de conscience de son propre corps. Mais toutes engagent le corps à travers l'acte qui est inhérent à la production.

b) Les sens

Le vieillissement normal se caractérise par un émoussement sensoriel qui modifie la perception de l'environnement et peut conduire au repli sur soi. Dans la démence, les déficits cérébraux s'ajoutent au fléchissement des organes sensoriels, ce qui renforce l'incompréhension du monde et l'isolement. Ainsi les médiations sensorielles vont-elles permettre de solliciter un ou plusieurs des cinq sens (le toucher, le goût, l'odorat, l'ouïe, la vue) de manière spécifique afin de faire naître certaines sensations parfois enfouies, et ainsi de relancer l'activité associative.

Certains environnements standardisés, comme les espaces « Snoezelen », se basent sur les vertus de la stimulation sensorielle en combinant la mobilisation simultanée de plusieurs sens, ce qui aurait un effet apaisant sur les symptômes psychologiques et comportementaux que l'on observe dans la démence. Un sujet en paix avec son environnement est un sujet qui sera plus ouvert au monde qui l'entoure.

c) L'objet

Ici, la médiation va se centrer sur un objet plus ou moins concret, ayant un statut d'objet sensoriel (pâte à modeler, argile, peinture) ou culturel (photos, images, contes, lecture, cinéma, vidéo). La médiation objectale va donc se baser sur le statut de l'objet que le thérapeute proposera comme intermédiaire à la relation. Cependant, ce qui différencie objet relationnel et objet médiateur, c'est le fait que ce dernier soit amené par le clinicien et préexiste à la relation, alors que l'objet de relation est « trouvé-créé » dans la rencontre avec l'autre et émerge souvent dans la surprise : objet culturel ou emprunté au cadre, objet porté par le clinicien, ou dont celui-ci a fait l'expérience, ce qui aura donc un écho au niveau contre-transférentiel.

M. E. est un patient nouvellement admis au sein de l'institution. Il se montre particulièrement perturbé et angoissé. Lorsque nous nous présentons à lui pour la première fois, il nous exprime son profond désarroi de ne plus savoir comment il s'appelle. Cette perte du nom et de l'identité fait écho à l'effet dépersonnalisant que l'on observe bien souvent lors d'hospitalisations récentes, tant le singulier est noyé dans le collectif. Lorsque M. E. aperçoit un livre dépassant de notre poche (un recueil de poèmes sur la liberté), il s'en saisit. Tout à coup, son visage s'illumine, il se met à raconter sa passion ancienne pour l'écriture et la poésie. Cette trouvaille au sein même du cadre de la rencontre acquiert une forte valeur transférentielle, relance l'activité associative de ce patient qui retrouve alors son identité égarée.

d) Le corps

Les médiations corporelles placent le corps, intermédiaire à la rencontre, au centre du dispositif. De nombreuses techniques peuvent être utilisées, selon le stade de la maladie, les

capacités d'expression (verbale ou non verbale), l'intensité des symptômes psycho-comportementaux, etc. On trouve ainsi : la relaxation (souffle, respiration, étirements, auto-massages, détente musculaire, relâchement, visualisation et mobilisation de l'imaginaire), la danse ou l'expression corporelle, le théâtre (jeux de rôles, mimes), le toucher-massage, la mobilisation active ou passive des membres, les activités physiques adaptées (jeux avec ballons, coordination gestuelle, etc.). Toutes ces méthodes ont en commun de recentrer le sujet sur ses sensations corporelles souvent défaillantes, trompeuses, douloureuses, à travers la possibilité d'une reprise de conscience de l'enveloppe corporelle et de ses limites. Le rôle du thérapeute sera de soutenir l'émergence des sensations corporelles par des interventions verbales, d'autant plus si le patient n'a plus les capacités de les élaborer ni de les verbaliser.

Certaines méthodes, comme la musicothérapie, combinent les vertus des médiations artistique, sensorielle et corporelle. La musicothérapie consiste précisément en l'utilisation de la musique (rythme, mouvement, harmonie, mélodie), du sonore ou du chant (modalité vocale) comme moyens d'expression privilégiés, dans le registre verbal ou non verbal, et comme moyens de favoriser l'établissement d'un lien thérapeutique. Elle offre deux approches possibles : la musicothérapie dite « active » consiste à proposer différents instruments ou médiateurs sonores. Centrée sur l'expression corporelle, sonore et musicale du sujet en relation avec le thérapeute, elle favorise l'émergence de la créativité et de l'expression de soi. La musicothérapie dite « réceptive » s'appuie sur l'organisation de différents moments d'écoute musicale mettant alors davantage en jeu la sensorialité.

e) Le souvenir : la « réminiscence-thérapie »

Une réminiscence désigne un souvenir vague et imprécis à tonalité affective. Le principe de la thérapie par la réminiscence réside dans l'utilisation de supports variés ayant pour but de faciliter l'émergence du souvenir, le replacer dans une histoire et ainsi relancer l'associativité, avec un gain au niveau de l'estime de soi. Cette approche nécessite une bonne connaissance du patient et de ses goûts antérieurs afin de lui proposer un matériel qui soit au plus près de ce qu'il est, et a été. On peut donc s'appuyer sur de multiples supports : photos (création d'albums), images de magazines ou coupures de presse, anciennes publicités, objets d'autrefois, chansons et films anciens, proverbes, parfums, recettes de cuisine, arbres généalogiques, etc.

f) L'animal : la zoothérapie

Dans ce type de médiation, c'est l'animal qui sert d'intermédiaire à la relation. Cette technique permet non seulement un lien à l'autre, mais favorise également le sentiment d'avoir un rôle à jouer, d'être utile, ce qui favorise l'estime de soi et possède des vertus face à de nombreuses problématiques : solitude, dépression, angoisse, agitation, etc. Cette approche présentera donc des bienfaits chez les sujets déments à des stades évolués, lorsque le lien à l'autre et au monde est lourdement invalidé. La relation avec l'animal est un moment privilégié pendant lequel le patient, habituellement au cœur du soin, va pouvoir à son tour « prendre soin de ».

4. Les particularités de la pathologie démentielle et l'intérêt de l'approche médiatisée

L’objectif de la mise en place d’une thérapie médiatisée dans la démence est, comme nous l’avons vu en fil rouge de cette partie, la facilitation de l’expression de soi dans la rencontre intersubjective. Quelles sont les particularités de la pathologie démentielle, et dans quelle mesure la médiation peut s’y avérer intéressante ?

Les troubles du langage sont souvent au premier plan du tableau démentiel et entravent la mise en place d’un dialogue. Lorsque la parole peine à se faire entendre et comprendre, et que cela parasite la rencontre, la médiation comme moyen d’expression peut constituer un support de remplacement et d’étayage. Si l’utilisation du langage et de l’association libre constitue un obstacle, il faut se centrer sur l’associativité non verbale, propre au langage du corps et de l’acte, dans une exploration de la dynamique corporelle (mimique, gestuelle, posture) qui intervient et prend sens au sein même du cadre. Effectivement, le sujet dément à un stade sévère opère un retour au registre perceptif et sensori-moteur. Selon A. Brun (2011), il va donc s’agir pour le thérapeute de transformer ces expériences perceptives et sensori-motrices, par l’intermédiaire du médium, en éléments signifiants et relationnels.

M^{me} G. est une patiente avec qui il est bien difficile d’établir un échange, du fait d’un discours écholalique, où toute parole initiée par l’interlocuteur lui est aussitôt renvoyée. Par ailleurs, la patiente déambule constamment, ce qui évoque une errance autant spatiale que psychique. Cependant, toute situation faisant intervenir de la musique l’interpelle aussitôt, et lorsque l’on associe la musique à la peinture, M^{me} G. se place dans un retrait bénéfique où ses mouvements sont rythmés, bercés par la musique. Elle travaille la matière minutieusement, dans un retour au sensoriel qui permet ensuite une verbalisation sur sa production et les ressentis qui lui sont liés.

Lorsque c’est le réel qui s’empare du discours, créant les phénomènes bien connus de répétition verbale ou de logorrhée, la médiation peut permettre de court-circuiter ce processus en relançant le discours par une accroche différente.

M. H. présente un discours logorrhéique et confus, ne permettant pas au locuteur d’entrer dans un échange, tout espace de parole étant instantanément comblé par le patient. Lorsque nous lui proposons, dans un atelier alliant la musique et la peinture, de prendre un pinceau pour dessiner ce que la musique lui évoque, M. H. cesse toute activité discursive pour s’adonner à la consigne qui lui est proposée. Il figure des formes emboîtées les unes dans les autres, telle une manière de contenir graphiquement ce qui risque de s’échapper dans le discours. Cela lui permettra par la suite de décrire de manière précise les éléments de son dessin (formes, couleurs, etc.), de les mettre en lien avec ses propres ressentis et affects, et d’évoquer son histoire de vie.

Ce patient nous montre combien l’assise identitaire, qui est l’une des fonctions sous-tendues par le Moi, est mise à mal par le processus démentiel. Cet escamotage de la conscience de qui l’on a été entraîne bien souvent pour le sujet des difficultés à parler en son nom et à se remettre sur le chemin de son histoire. De nombreuses médiations sollicitant la créativité par la production, notamment les médiations artistiques, font appel aux processus de nomination à travers l’appel au nom propre, voire à la signature, ce qui permet à la pulsion de sortir de son anonymat, et au patient d’entrer à nouveau dans un processus d’historicisation, avec un bénéfice en terme de renarcissisation et d’estime de soi. Par ailleurs, le dispositif favorise les mécanismes d’identification, que ce soit au thérapeute ou aux autres patients dans le cadre d’un groupe.

La perte du langage et de l’identité est concomitante aux troubles du rapport au corps. Devant les attaques pulsionnelles, on observe des phénomènes d’altération du schéma corporel et de la

conscience du corps, une perte des limites intérieur/extérieur, des douleurs massives, pouvant aller jusqu'à l'angoisse d'anéantissement. Ces éléments peuvent être à l'origine des manifestations comportementales parfois intenses, qui représentent une tentative pour le Moi de retrouver un sentiment d'existence dans un corps dont les contours vacillent, ainsi qu'un moyen d'exprimer un affect (par exemple d'angoisse) qui ne peut plus l'être par l'intermédiaire du langage et qui reste par conséquent inélaborable. Certaines médiations qui se basent sur le corporel peuvent permettre une reprise de conscience de son corps comme propre et différencié de l'autre et de l'environnement, et ainsi servir de support à un sentiment d'existence. Ces vertus de la médiation pourraient se combiner avec celles du groupe qui offrirait au psychisme et au corps une bordure aux effets maternels et contenants.

M^{me} D. manifeste son angoisse par une déambulation sans répit et par une interpellation, sur le mode de l'interjection, de toute personne passant à ses côtés : « Hého… hého… hého ! » Cet appel incessant à l'autre cesse généralement lorsque M^{me} D. arrive en atelier d'écriture : le rythme inhérent à l'acte d'écrire permet de contenir l'angoisse. Mais un jour, l'écriture s'avère insuffisante et c'est par l'intermédiaire du dessin de vagues que la sensation de catastrophe interne trouve une voie d'élaboration, le « bercement » des vagues permettant un apaisement des tensions, et une issue scripturale par la suite.

Pour résumer, le médium associé à la présence du thérapeute encourage l'émergence des associations verbales ou non verbales, le thérapeute les soutenant si nécessaire par des interventions et des relances. Ce point fondamental concerne les enjeux transférentiels : le clinicien transforme toute expérience en élément signifiant, qui prend sens dans et par la relation. La rencontre va donc répondre à la demande de symbolisation que le patient dément adresse continuellement à l'Autre à travers ses paroles et ses actes.

5. Enjeux transférentiels et pari éthique

Le soin psychique du sujet dément passe par un postulat que nous énonçons (Quaderi, 2003) sous la forme d'un pari : lorsque le clinicien est conduit à l'extrême de la relation humaine, il se doit de croire en l'humain dans la démence, car il lui est impossible de croire en autre chose. En effet, si le clinicien considère l'affection démentielle comme combinant atteinte neurologique et tragédie existentielle, il ne peut faire l'économie d'une prise en compte de cette dimension subjective comme point de départ. Le sujet persiste par-delà le processus démentiel qui tente de l'anéantir. C'est l'Autre, le clinicien, le soignant, l'aidant, qui offre une assise à un sentiment d'existence vacillant, de par sa présence, de par son désir d'être là, d'écouter et de prendre soin du dément. La permanence du désir de l'Autre va permettre à cette rencontre d'advenir, sinon d'être transcendée, en considérant que le dément peut être animé d'un élan créateur. J.-L. Sudres (2004) souligne bien « l'existence, chez la personne âgée, d'une pulsion créatrice et d'un processus créateur résistant à toutes les turpitudes de la vie, à condition de rencontrer un ou des tiers pour identifier, mobiliser, accueillir, enrichir et respecter cette dynamique de vie ».

6. Vers un cadre adapté à la démence

Le médium n'est pas thérapeutique en lui-même. En d'autres termes, les vertus thérapeutiques

de la médiation ne sont pas inhérentes à la simple présence de l'objet : c'est toute la réflexion autour du cadre et de sa cohérence en fonction de la situation du sujet qui va déterminer son caractère thérapeutique. Le cadre doit être étudié et défini au préalable, en prenant en compte l'ensemble des variables dont on dispose : la problématique des patients, les enjeux de l'objet médiateur, les contraintes de l'institution (lieu, temps, matériel disponible). Il doit être strict et peu variable : c'est particulièrement important chez le sujet dément, qui va se sentir sécurisé par un cadre fixe, voire ritualisé.

6.1 En institution ou à domicile ?

En psychogérontologie, l'approche non médicamenteuse pourrait être considérée comme l'application de ce que l'on nomme ailleurs « psychothérapie institutionnelle », soit l'ensemble des actions que l'on met en place au sein d'une institution pour que celle-ci soit thérapeutique. La médiation serait l'une des manières de réaliser l'institution au travers d'un de ses paradigmes de soin. Mais la médiation peut tout à fait être utilisée au domicile du patient, elle sera alors intégrée à son milieu de vie.

6.2 En groupe ou en individuel ?

Les enjeux de l'individuel et du groupe sont très différents, et à prendre en considération lorsque l'on souhaite mettre en œuvre une médiation. Ainsi privilégiera-t-on l'individuel lorsque la présence du groupe se vit sur son versant effracteur, anxiogène, ou encore inhibiteur, ou lorsque la problématique du patient nécessite une relation de face à face basée sur une fonction contenante.

À chaque séance de groupe, M^{me} M. a l'impression que les autres participants se moquent d'elle et lui veulent du mal. Elle se montre par conséquent très agressive et se ferme. Son histoire personnelle révèle une rivalité très problématique avec sa sœur jumelle, par conséquent toute situation faisant intervenir l'autre, le semblable, ravive ce conflit. Lorsque l'atelier fait appel à la production, M^{me} M. exprime bien souvent son refus de participer, disant qu'elle emporterait le matériel pour le faire chez elle. En général, la relation de face à face, beaucoup plus apaisante, est donc favorisée pour cette patiente.

À l'inverse, le groupe sera privilégié lorsque ce face-à-face devient angoissant ou intrusif, limitant les possibilités d'échange. D. Anzieu avait décrit le groupe en terme d'« enveloppe », de « membrane », faisant de lui une entité spécifique ayant ses propres bienfaits thérapeutiques. En effet, le groupe favoriserait une différenciation protectrice entre sa réalité intérieure et sa réalité extérieure, caractéristique intéressante lorsque c'est justement ces mêmes enjeux d'intériorité/extériorité qui se révèlent défaillants dans la démence.

M^{me} T. manifeste une intense angoisse dès lors qu'elle ne se trouve pas en présence d'un autre (soignant ou patient) : elle hurle « Je vais crever ! », et cette sensation d'anéantissement trouve généralement une voie d'apaisement par l'intermédiaire d'un chant très répétitif (« lalalala ») et difficilement supporté par l'entourage immédiat. Cependant, lorsqu'elle est intégrée dans un groupe, M^{me} T. s'apaise aussitôt, la présence des autres patients et du thérapeute dans un lieu

fermé semble contenir son angoisse d'effondrement. Le groupe redonne à cette patiente un sentiment d'exister, autrement que par l'intermédiaire de procédés autocalmants.

Mais ce qui est décrit comme un bienfait peut également devenir un obstacle, lorsque toute rupture liée au cadre est susceptible d'avoir un effet anxiogène chez le sujet dément. C'est par exemple le cas lorsqu'un soignant ou un patient pénètre subitement dans la salle de l'atelier, traverse la pièce, regarde de l'extérieur, etc. Cela peut être induit également par la présence de quelqu'un qui ne fait généralement pas partie du groupe (nouveau participant, stagiaire, etc.).

La présence des autres au sein d'un groupe a également l'avantage de servir de relance, d'étayage, lors de pannes d'imaginaire ou de blocage lié à l'angoisse. On peut citer par exemple le phénomène de mimétisme souvent à l'œuvre dans les groupes de déments, ou encore celui d'« emprunt des idées », lorsque le thème de l'un est repris par un ou plusieurs autres.

Dans la démence, le groupe possède une particularité qui mérite d'être soulignée, en ce qui concerne sa permanence. Du fait de l'altération de la mémoire, il n'existe pas de permanence du groupe en dehors des séances : d'une séance à l'autre, le sujet oublie qu'il fait partie d'un groupe. Ce qui va assurer cette permanence groupale c'est le thérapeute, à travers la permanence de son désir propre de faire exister ce groupe, constance qui préexiste à toute situation groupale et fait exister le groupe en dehors de son cadre.

6.3 Groupe ouvert ou groupe fermé ?

Un groupe dit « ouvert » est un groupe dont la composition des membres n'est pas fixée à l'avance. D'une séance à l'autre, chacun est libre de participer ou non, et à tout moment un nouveau membre peut s'ajouter au groupe. Dans un groupe « fermé », à l'inverse, la liste des patients est strictement définie à l'avance et ne change pas durant un cycle de séances (un an, six mois). En réalité, ce type de groupe est difficile à obtenir dans les services où des patients sont admis et où d'autres sont amenés à sortir. On préférera alors la notion de groupe « semi-ouvert », constitué d'une liste plus ou moins stable de patients, mais à laquelle d'autres peuvent s'ajouter ou se retirer.

Ces différents types de groupes impliquent bien évidemment des enjeux différents selon les sujets. Il faut toujours garder à l'esprit, comme nous l'avons vu précédemment, les enjeux de l'effraction : tout nouveau membre d'un groupe fait toujours l'objet de questionnements (« Qui est-il ? D'où vient-il ? »). Il en est de même lorsqu'un patient ne revient plus (« Pourquoi ne vient-il plus ? Est-il mort ? Va-t-il m'arriver la même chose ? »). Ces enjeux peuvent être particulièrement angoissants pour un sujet dément, qui, comme on l'a vu, compte sur l'immuabilité du cadre et de l'environnement comme point de repère.

6.4 Le lieu : salle ouverte ou salle fermée ?

L'idéal est de privilégier une salle fermée qui possède comme propriété de définir des frontières, d'isoler la séance de l'environnement extérieur, de favoriser l'intimité nécessaire à l'échange. La salle doit être accueillante, éclairée, bien chauffée, etc. En groupe, l'idéal est de se placer autour d'une table ronde pour faciliter les échanges interindividuels.

Une salle ouverte aura des effets néfastes en lien avec les symptômes démentiels : fuites attentionnelles et capture de l'attention par les mouvements et bruits extérieurs : la « membrane » du cadre est rapidement rompue.

6.5 Combien de patients ?

En groupe se pose la question du nombre de patients à inclure : le groupe doit être de préférence restreint (maximum six à huit personnes), pour éviter l'angoisse due à la présence du grand nombre et ses effets dépersonnalisants. Les grands groupes sont réservés aux activités occupationnelles, dans lesquelles le but premier est la convivialité et l'incitation au plaisir partagé.

6.6 Un ou plusieurs thérapeutes ?

Il existe des possibilités de cothérapie, ce qui arrive parfois lorsque le thérapeute fait intervenir un stagiaire, ou lorsque deux thérapeutes décident d'allier leurs spécificités et leurs singularités afin d'aborder la dynamique et les productions des patients de manière complémentaire. Ce peut être intéressant car cela permet à l'un des thérapeutes d'être dans la participation avec le groupe et à l'autre d'être dans l'observation de la dynamique groupale. Effectivement, quand le thérapeute est seul, il doit réaliser les deux à la fois. Mais attention à nouveau aux effets de l'effraction : comment sera investi le second thérapeute ? Comment le transfert se réalisera ?

6.7 La temporalité

La temporalité est un aspect fondamental du cadre, surtout dans la démence où celui-ci doit être parfaitement invariant. Une importance particulière sera donc accordée aux horaires : le matin seront privilégiées des activités basées sur l'éveil et la stimulation, et l'après-midi des prises en charges basées sur le repos et la détente. En effet, on observe très fréquemment chez les sujets déments ce que l'on nomme le « syndrome du coucher de soleil », à savoir une recrudescence de l'agitation et une montée d'angoisse en fin d'après-midi : il s'agit alors de favoriser un cadre apaisant et sécurisant pour aborder la nuit avec sérénité.

La fréquence des séances (hebdomadaire, bihebdomadaire) sera à déterminer en fonction de chaque patient ou du groupe que l'on veut constituer, et préalablement à toute mise en place. Le plus important est de respecter cette fréquence, une fois que l'on a entamé le processus.

La durée des séances est importante à considérer dans la pathologie démentielle, qui se caractérise par des difficultés à mobiliser l'attention de manière soutenue, avec des phénomènes de fatigabilité, de distractibilité et de sensibilité à l'interférence. Ainsi fixera-t-on des séances limitées à quarante-cinq minutes, ou des séances ponctuées de pauses, pour une meilleure remobilisation attentionnelle par la suite.

La temporalité c'est aussi le temps de la séance, ce « hors-temps » dans lequel se trouve chaque participant et qui constitue une rupture dans les activités quotidiennes.

7. Conclusion

Il s’agit d’un principe que se fixe le thérapeute en fonction de son éthique personnelle, et qu’il réitère à chaque séance : ne pas se situer dans le jugement ou l’évaluation des productions (afin de se démarquer de toute situation scolaire ou de quête de l’esthétique), mais dans l’étayage, l’observation et l’écoute de ce qui se passe et se dit. Par ailleurs, ce principe tend à garantir la règle de confidentialité : ce qui est dit et fait dans le groupe reste dans le groupe. Du fait de la non-permanence du groupe entre les séances, il est nécessaire de rappeler ces principes aux patients avant le début de chaque atelier. De la même façon, on peut commencer la séance par se présenter soi-même et demander à chaque patient de se présenter aux autres, ce qui permettra à chacun de retrouver le plaisir de décliner son identité.

7

Accompagnement en fin de vie

1. Introduction

Témoignage d'une aide-soignante de nuit en formation professionnelle…

« Vous savez, j'adore travailler de nuit. D'ailleurs, j'ai arrêté le jour parce que je ne supportais plus d'être si pressée et de dire à mes résidents "je ne peux pas, attendez tout à l'heure". La nuit, même s'ils sont agités, ils me parlent. Et je suis là pour les écouter. Parfois, j'ai peur d'entrer et de les trouver sans vie. M^{me} I. crie sans arrêt. Le jour aussi à ce que l'on m'a dit. Elle gêne tout le monde, et les autres résidentes l'insultent, se rendent dans sa chambre et la supplient de se taire. L'autre jour, c'est M. F. qui est allé la voir et lui a flanqué une claque pour qu'elle se taise. Dès que j'entre dans sa chambre, M^{me} I. arrête de crier. Alors, au lieu de rester enfermée dans l'infirmerie entre mes tours de ronde, je reste avec elle. J'attends qu'elle s'endorme pour m'occuper des autres résidents et je reviens dès qu'elle se réveille et hurle. Vous savez, M^{me} I. est démente, elle aligne quelques mots mais elle n'arrive pas à dire ce qu'elle a. Elle dit juste : "Je meurs". Alors je lui réponds : "Je suis là." »

2. Les symptômes annonciateurs d'une fin de vie

Lila est en EHPAD depuis déjà deux ans. Femme de poigne, engagée et vouvoyée par ses enfants, sa vie est remplie d'anecdotes toutes plus envieuses les unes que les autres, tant elles portent l'empreinte de sa force, sa générosité, sa simplicité et son humilité. Cloîtrée chez elle depuis l'annonce du diagnostic d'une maladie d'Alzheimer, Lila se défend des personnes qui essaient de rentrer chez elle, ces monstres à trois yeux, et ces groupes de fidèles qui veulent à tout prix la faire sortir. Depuis son entrée à la résidence, Lila ne manifeste plus d'hallucinations visuelles et auditives. Son mode relationnel reste tout de même emprunt de sentiment de persécution. Il est habituellement impossible de l'approcher, de lui poser une main sur l'épaule lorsqu'elle « est en crise ». Tous ces symptômes avaient disparu depuis que sa famille avait accepté les bienfaits d'un placement en pavillon Alzheimer. Mais ces derniers jours, Lila montrait une agitation qui ne lui était pas habituelle : elle s'accrochait à la porte du pavillon, tentait de l'ouvrir à tout prix, frappait dessus jusqu'à l'épuisement, se jetait littéralement sur les autres résidents ou les battait à coups de pied. Lila était opposante à tout soin. Aujourd'hui, Lila est morte. Elle a été admise hier en service de soins intensifs. Malgré les diverses investigations de son médecin traitant, Lila combattait une grave infection qui l'a finalement emportée. La fin de vie dans la démence diffère peu d'une fin de vie due au processus normal de vieillissement. Fragilisé par un corps qui s'endort peu à peu, épuisé, parfois abandonné, seul l'esprit « fait tout tenir ». L'impossibilité d'alerter, d'identifier et d'exprimer spontanément ses propres besoins et désirs renforce la frustration et l'anxiété du sujet dément, se transformant inévitablement en

troubles du comportement. Il appartient au soignant de rester toujours attentif à la moindre modification comportemental du malade en procédant à un diagnostic différentiel. Il est plus que jamais nécessaire d'être à l'écoute de « l'autre discours », ce discours au-delà du sens des mots, de s'éloigner du signifiant lacanien pour plonger dans la rencontre de l'être avec l'être. Bien que le moment du « n'être plus » soit toujours plus proche, celui des derniers instants est encore bien vivant.

Généralement les signes cliniques d'une fin de vie sont :

– fatigabilité : par exemple, le résident s'endort sur son petit déjeuner ;
– amaigrissement : perte de poids visible aux vêtements (suivi du poids souvent négligé chez les patients très fatigués au lit) ;
– déshydratation : ce qui est logique avec les deux premiers ;
– douleur : souvent des douleurs de positions, qui peuvent engendrer d'ailleurs une dépression et un refus de manger. La douleur doit toujours être recherchée en première intention. Le psychologue participe en coordination avec le médecin à l'évaluation de la douleur ;
– escarres : une calamité dans les années 1980 et début des années 1990. Les techniques de soin et la nutrition les rendent plus rares mais quand ils sont là, la douleur est souvent négligée ;
– mauvaise réponse au traitement curatif : par exemple, une température qui ne disparaît pas malgré le traitement antibiotique. Là encore le psychologue travaille avec le médecin pour trouver la juste distance entre le traitement et l'accompagnement en fin de vie.

2.1 Organisation mentale et discours du sujet dément

La fin de vie est toujours un moment intime. Mettre de la musique à une personne mourant seule dans sa chambre peut faire baisser les angoisses, apaiser les familles et rassurer le personnel soignant en favorisant ainsi un meilleur climat institutionnel. Accompagner la fin de vie de quelqu'un renvoie toujours à nos propres limites. Certains soignants ne peuvent imaginer l'idée qu'un individu meure seul ou qu'il ait choisi de mourir seul. Ces cas existent pourtant. Et nos propres limites augmentent parfois le poids d'une fin de vie pour un patient. Il est donc primordial d'oser parler des souhaits et de ne pas s'interdire de parler de la mort aux familles.

2.2 La prise en charge de la fin de vie : intégration du schéma familial

Depuis l'arrêt total d'une alimentation buccale et par voie intraveineuse, Yvette devrait nous avoir quittés depuis de longues semaines. Pourtant, elle est encore là… Son corps est froid et rempli d'escarres. Au point qu'il devient difficile d'entrer dans sa chambre sans avoir des haut-le-cœur. L'équipe médicale la soutient et tente de maintenir son état général. Fâchée avec elle depuis de longues années, sa fille a donné la consigne à l'établissement de ne la prévenir qu'après le décès de sa mère. Voilà maintenant soixante jours qu'Yvette se bat au quotidien, trois

jours qu'elle lutte contre des pauses respiratoires intenses.

Il est fréquent d'assister à ces phénomènes inexplicables. Marguerite s'est d'ailleurs éteinte dans la nuit après avoir vu ses deux fils en même temps. Elle répétait toute la journée ces mots : « où sont Pierre et Yves, je veux les voir, quand est-ce qu'ils viennent, je veux les voir ». Ces expériences montrent toute l'importance pour l'humain de ne pas mourir seul, d'accomplir une tâche avant de quitter ce monde (réunir des enfants fâchés par exemple), ou encore le besoin de sécuriser un enfant ou un mari en lui montrant que l'on part serein. Ces derniers instants sont toujours délicats.

Renée refuse toute alimentation et ne montre plus aucun réflexe de déglutition. Elle ne répond plus à aucune stimulation, elle gémit mais ne montre aucune mimique douloureuse. Son fils, n'entendant pas la mise en garde du médecin contre une alimentation par voie buccale, passe chaque jour lui faire manger une cuillère de banane écrasée qui se coince inévitablement dans sa trachée et occasionne chez elle une nouvelle fausse route. Ces derniers temps, Renée présente des signes d'une déficience cardio-vasculaire. Elle fait quelques pauses respiratoires qui sont insupportables à son fils. Il restera trois jours et deux nuits à ses côtés, croyant à chaque instant à son dernier souffle. Le fils de Renée est épuisé et ne veut en aucun cas laisser sa mère un instant seul. Il reste durant sa toilette au lit et finit par demander au médecin d'augmenter la quantité de morphine donnée à sa mère.

Nous ne sommes pas tous égaux face au processus de deuil. L'annonce des derniers instants reste dans la majorité des cas un choc pour un parent. Il faut donc la soigner et accompagner la famille à rester auprès de la personne mourante. Le fils de Renée avait conscience du risque de ses actes mais il était mû par un amour inconditionnel envers sa mère et par la volonté d'être là à tout prix, de l'entourer, de tout faire pour que les meilleurs soins lui soient dispensés. Ces cas sont fréquents en EHPAD, surtout lors d'une fin de vie dans un contexte de démence, la parole ne pouvant plus être un support. Il appartient à l'équipe médicale d'entourer le mourant, écouter sa peine au travers de ses actes, le renseigner, le soutenir, lui rappeler justement la réalité. L'accompagner.

Chacun d'entre nous vit avec cette illusion du « j'ai encore le temps de lui dire… ». La castration suprême que représente la mort vient rappeler le principe de réalité et tout doit enfin être fait, être dit en un temps record. Mais si ces moments sont bien accompagnés, ils peuvent aussi permettre à un mourant de partir plus sereinement, et à une famille d'enfin « lâcher prise ». Il sera alors temps ensuite de l'accompagner dans l'après en lui expliquant les étapes à suivre en vue d'un enterrement ou d'une crémation.

3. Conclusion

Maintenir le non-dit de la mort semble un leurre en gérontologie. Il n'est pas rare d'assister à une agitation inhabituelle dans les pavillons quelques jours précédant un décès. Placée dans un évitement défensif et dans l'espoir d'une toute-puissance protectrice, l'institution donnera toutes les raisons à ce mouvement soudain sans jamais penser à l'annonce de la fin de vie d'un résident. Pourtant, il semble que la sensibilité extrême du sujet (notamment dément) l'amène à se confronter à sa réalité para et non verbale.

8

La famille des personnes âgées en institution

1. Introduction

Bien que la psychologie du sujet âgé en institution soit la plupart du temps centrée sur le sujet-vieux, il n'en est pas moins nécessaire de considérer de manière consciencieuse la dynamique familiale de cette personne. Quelles sont les problématiques auxquelles sont confrontées les familles, dans le lien familial et la relation à l'institution ? En quoi la prise en considération de la dynamique familiale peut-elle prendre corps dans le registre de la compréhension de la psychologie du vieillissement ? Dans un premier temps, nous situerons le contexte dans lequel les familles peuvent se trouver dans le cadre de l'accompagnement de leur parent âgé. Dans un second temps, nous envisagerons un cas clinique permettant d'illustrer notre propos.

2. Le contexte familial autour du sujet âgé

Dans l'utilisation commune du terme famille, nous trouvons en général les enfants, le conjoint, les frères et sœurs et également les cousins, cousines, voire même les amis proches. Nous allons voir en premier lieu les enjeux de l'accompagnement d'un parent âgé.

Le vieillissement n'est pas une maladie, mais un processus qui induit néanmoins une certaine fragilisation (comme nous l'avons vu) dans différents domaines de l'existence.

Le sujet âgé est alors perçu comme une personne fragile. Le regard de l'entourage change et celui des enfants particulièrement. Ce regard peut facilement devenir inquiet, soucieux. Là où le sujet âgé était encore pleinement autonome, l'entourage va parfois jusqu'à s'imposer pour aider, faire à la place. « Arrête, c'est dangereux tu risques de tomber », « Il vaut mieux que tu te fasses aider maintenant ». De manière générale, c'est la perte d'autonomie, physique ou psychique, qui déclenche l'orientation de la dynamique relationnelle sur le mode de l'aide. Une appellation devenue monnaie courante dans le champ gériatrique illustre bien cette problématique, il s'agit de la notion d'« aidant familial ». Notons que l'on retrouve l'utilisation de ce terme dans le champ du handicap également. Cette fragilisation du sujet âgé peut susciter un bouleversement de l'équilibre familial. L'entourage proche vient à se mobiliser pour favoriser la mise en place d'un accompagnement adapté (organisation de visites plus régulières, aide à domicile, soignants à domicile, accueil de jour en résidence de retraite ou encore orientation vers un séjour permanent dans cette même maison de retraite). Cet amoindrissement de l'autonomie est parfois reconnu et assumé par le patient âgé. Dans bien des cas, ceci est dénié et toute proposition d'aide est rejetée.

C’est un équilibre souvent fort délicat entre la demande ou le besoin du sujet d’être aidé et le positionnement de l’entourage familial quant à cette demande ou ce besoin. Toujours est-il que la fragilisation de l’autonomie du parent induit une nouvelle dynamique relationnelle avec l’entourage. Ce dernier vient « porter » en quelque sorte son parent et nous pourrions même parler parfois de *holding* (Winnicott, 1960). Cela sous-entend qu’au regard de la dynamique parents/enfants, les rôles s’inversent. Ce qui peut d’ailleurs amener un risque d’infantilisation du parent. Dans cette situation inversée, les enfants peuvent être amenés à s’investir sur tous ces registres à la fois également (soutien physique, moral, financier, etc.).

3. Le placement en institution

L’accompagnement d’une personne âgée vient susciter chez celui qui l’accompagne son rapport à sa propre finitude. L’angoisse de mort est en marche et différents mécanismes de défense se mettent en place. « Placer » son parent en institution, comme on l’entend souvent dans le milieu gériatrique, est une étape significative dans la vie du parent comme dans celle de l’enfant. Soulignons également que cette problématique se rencontre également fréquemment dans le contexte d’un couple.

Ce « placement » se concrétise en général au bout d’un parcours durant lequel les problèmes de santé et/ou de comportement se sont accumulés. La demande spontanée du sujet âgé pour entrer en institution fait exception. Dans la plupart des cas, c’est donc le réel qui vient contraindre le sujet vers ce nouveau mode de vie. La personne arrive bien souvent résignée face à la perte d’autonomie dont elle est victime. « J’ai chuté à mon domicile dans les escaliers du jardin… J’ai eu une fracture du col du fémur… C’est la deuxième fois que je chute comme cela. La dernière fois, c’était dans la rue en allant chercher le pain. Après trois mois d’hospitalisation et de rééducation… je ne peux plus rentrer chez moi, d’ailleurs mes enfants ne voudraient pas, ils disent que c’est trop dangereux. »

Du côté des proches, les choses sont différentes et l’on peut entendre, par exemple : « Ma mère vivait chez moi depuis un an, mais à la suite d’une hospitalisation, elle est devenue incontinente et elle commençait à perdre la tête… cela devenait ingérable pour moi… J’ai pensé que l’orienter en maison de retraite était la meilleure solution, pour elle et aussi pour moi. Ça fait maintenant deux ans, mais vous savez la culpabilité reste, elle est toujours très présente. Je viens la voir tous les jours, ce n’est pas comme d’autres qui viennent voir leur parent une fois par mois. »

Notons ici la comparaison avec les autres enfants permettant à la violence de la culpabilité de s’atténuer. Cela montre également la dimension familiale présente dans la collectivité. Revenons sur le terme « placer », il induit en effet une certaine objectalisation du sujet, signe d’un mécanisme de défense. En effet, accompagner son proche à venir vivre en institution est une étape significative venant solliciter des ressorts défensifs chez les proches dès lors qu’ils sont acteurs de cette démarche (ce qui est le cas dans la majorité des situations). Nous pouvons retrouver d’autres mécanismes et notamment celui du deuil anticipé. L’investissement du proche prend des formes très hétéroclites selon les familles. Deux grandes tendances se distinguent en un surinvestissement et un sous-investissement du parent. Ce positionnement est conditionné par la dynamique psychique du proche ainsi que l’interaction elle-même. Cette dernière étant

déterminée par la réactivation d'enjeux œdipiens.

Cette entrée en institution se met en place dès lors que l'aide et le service familial ne suffisent plus. Parfois par manque de famille tout simplement, par manque de disponibilité de celle-ci, mais très souvent aussi du fait d'un épuisement physique et psychologique. Dans ces conditions, accompagner son proche au domicile devient impossible et l'orientation en institution s'impose.

Du point de vue de la famille, « placer » son parent en maison de retraite est une démarche délicate qui peut se vivre sur des registres différents : la « décharge ». Les enfants et/ou le conjoint se libèrent d'une situation parfois vécue comme un asservissement. Le soulagement, la famille se sent rassurée que leur parent soit « pris en charge » par une équipe pluridisciplinaire formée. La culpabilité et le sentiment d'abandonner son parent apparaissent en effet régulièrement. Très souvent associé à la culpabilité, nous rencontrons également le sentiment d'échec, le sentiment de ne pas avoir su, de ne pas avoir pu accompagner son parent jusqu'au bout.

De manière générale, nous percevons une ambivalence des sentiments à l'égard du parent ou du proche. Au-delà d'un certain amour, la culpabilité présente régulièrement chez le membre de la famille qui participe à l'orientation de son proche en institution signe un sentiment de haine à l'égard de ce dernier. En écho aux dynamiques œdipiennes, nous retrouvons cette dynamique de haine et d'amour. Selon M. Klein (1959) : « Le combat entre l'amour et la haine, et tous les conflits auxquels il donne naissance, a ses origines, ainsi que j'ai tenté de le démontrer, dans la toute première enfance et il opère tout au cours de la vie. »

Par exemple la fille « au fur et à mesure qu'elle grandit, la petite fille désire son père plus que sa mère et elle a des fantasmes conscients et inconscients de prendre la place de sa mère, d'avoir le père à elle-même et de devenir sa femme […]. Ces sentiments, ces souhaits et ces fantasmes s'accompagnent de rivalité, d'agressivité et de haine à l'égard de la mère, et ils s'ajoutent aux griefs qu'elle avait contre celle-ci à cause des toutes premières frustrations au sein. Néanmoins, dans l'esprit de la petite fille, des fantasmes et des désirs sexuels restent activement dirigés vers sa mère et, sous leur influence, elle désire prendre la place du père auprès d'elle […]. Ainsi, à côté de l'amour éprouvé pour ses parents coexistent des sentiments de rivalité envers eux ». Plus loin, M. Klein (1959) ajoute : « L'objet principal de tous les désirs sexuels : le père chez la fille, la mère chez le garçon, éveille haine et vengeance parce que ces désirs ne sont pas satisfaits. »

Ainsi, la culpabilité apparaît comme un avatar d'une certaine haine à l'égard du parent. Elle est consécutive à une problématique de frustration engendrée par l'implication du réel de la dépendance du parent et de son impact sur l'entourage familial proche. L'instauration d'une dépendance chez le proche parent réactive une dynamique œdipienne, c'est ce qui sera notamment illustré au travers des cas cliniques présentés dans ce chapitre.

4. Présentations cliniques : une mère et sa fille

M^{me} Dupont est la fille d'une résidente (depuis deux ans), M^{me} Arnaud, âgée de 86 ans. Elle avait demandé cette démarche d'entrée en maison de retraite pour deux raisons : à la fois pour se rapprocher géographiquement de sa fille et d'autre part pour ne pas « l'encombrer ».

M^{me} Arnaud a pris cette décision peu de temps après le décès de son mari survenu deux ans

auparavant de manière assez subite. Habitant à l'autre bout de la France et attendant qu'une place se libère dans une résidence de retraite choisie, M^me^ Arnaud a vécu durant environ un mois au domicile de sa fille. Précisons que M^me^ Dupont est mère d'une fille et grand-mère.

Depuis maintenant quelques mois, l'état de santé et psychologique de M^me^ Arnaud décline sensiblement. Plusieurs éléments traumatisants se sont succédé sur une courte période : décès d'une amie voisine de table au repas, une chute sans gravité, mais l'ayant impressionnée, la perte d'un dentier, etc. Par ailleurs, sur le plan cognitif, des troubles commencent à s'installer de manière prégnante : désorientation temporo-spatiale, fragilité de la mémoire à court terme, léger manque du mot, confusion dans les noms des personnages de sa vie, épisodes de ralentissement psychomoteur, etc. Notons que ces troubles s'installent dans un contexte de dépression présent depuis plusieurs années. M^me^ Arnaud et sa fille ont l'habitude de se téléphoner quotidiennement et parfois plusieurs fois par jour notamment depuis le décès de M. Arnaud. Au fil du temps, M^me^ Dupont commence à exprimer aux différents membres du personnel soignant une certaine souffrance liée à l'accompagnement de sa mère. L'équipe elle-même commence à se plaindre car chaque intervenant sollicité par M^me^ Dupont passe un temps conséquent à l'écouter. Ils disent se sentir accaparés par elle et on commence même à entendre dans les couloirs : « Il faut qu'elle prenne du Lexomil… Elle est particulière… Elle est un peu "psy"… » ou encore : « C'est à elle d'aller voir un psy. »

Dans le discours de M^me^ Dupont, on peut entendre : « Je ne comprends pas, on me dit (l'équipe) que tout se passe bien avec elle ici… mais moi quand je l'appelle ou la vois, c'est la catastrophe, elle envoie balader mes petits-enfants quand je les amène, elle m'adresse des reproches au sujet de mon remariage et depuis quelque temps, ça devient n'importe quoi, elle parle de sa sœur ou de sa mère qui sont pourtant décédées depuis de nombreuses années. »

M^me^ Dupont demandait donc régulièrement aux soignants : « Est-ce qu'avec l'équipe ça se passe de la même manière ? C'est-à-dire, est-ce qu'elle vous envoie balader ? Est-ce qu'elle est capricieuse ?… » Notons à ce sujet que lorsque l'infirmier coordonnateur ou la responsable des aides-soignantes lui adressent un « mais tout se passe bien avec nous », M^me^ Dupont apparaît agacée, dit ne pas comprendre et souhaite alors solliciter le médecin.

« D'un côté je suis ravie, heureuse de savoir qu'elle est heureuse… elle vous a trouvée [dit-elle à Jacqueline, la responsable des aides-soignantes de l'unité], d'un autre côté je suis blessée, qu'est-ce que vous faites de plus que je ne fais pas ? » Et Jacqueline de lui répondre : « Je ne fais rien de plus, je n'ai pas la même relation, ce n'est pas ma maman. »

Il est par ailleurs intéressant de souligner le type de relation que M^me^ Dupont entretient avec Jacqueline. Cette dernière explique : « C'est délicat comme positionnement, j'ai l'impression que la fille de M^me^ Arnaud ne compte que sur moi… dès mon retour de vacances, elle m'appelle à la première heure… souvent elle me tutoie. Un jour, M^me^ Dupont m'explique que sa mère dit de moi que je suis sa copine, son amie… c'est un peu délicat vis-à-vis de M^me^ Dupont. De plus, dernièrement, la fille de M^me^ Arnaud paraît très en difficulté pour rencontrer sa mère, elle me demande d'entrer en première dans sa chambre, j'ai l'impression que je suis alors mise à la place de la fille. » Lorsque M^me^ Dupont appelle Jacqueline à son retour de vacances : « Tu es rentrée ? » (Il lui arrive en effet de la tutoyer.) « Sauvez-moi, dites-lui que je suis sa fille, que je l'aime… » Voyons également un exemple d'interaction entre M^me^ Arnaud et M^me^ Dupont. Après

avoir passé un temps toutes les deux dans la chambre de M^me^ Arnaud, elles descendent dans la salle commune. M^me^ Dupont discute alors avec une soignante et interpelle à la suite sa mère :

– M^me^ Dupont : « Qu'est-ce que tu me racontes depuis tout à l'heure que tu me dis que tu étais enfermée dans la chambre à rien faire, que tu ne fais rien de spécial alors que j'apprends que vous avez fait des activités, que vous vous êtes amusées… »

– M^me^ Arnaud : « Et alors, oui on s'est amusées, on a rigolé, on a discuté, et alors ? ! »

– M^me^ Dupont : « Eh bah, tant mieux pour toi, eh bah voilà, t'as rigolé, eh bien, dis-moi que ça se passe bien, que tu vas aux animations… »

Autre moment, à la suite d'un week-end, M^me^ Arnaud dit à sa fille : « Tu te rends pas compte, tu m'as laissée toute seule, tu n'es pas venue, ils avaient tous de la famille, tu m'as laissée seule. »

Lors d'une animation de l'unité : là, il y a le groupe des résidents, M^me^ Arnaud donc et sa fille. Les soignants rapportent : « Là, ça se passait super bien, la relation entre elles deux était géniale… M^me^ Dupont nous a même demandé de bien l'informer lorsqu'il y aura d'autres manifestations de ce genre… elles sont reparties toutes les deux avec le sourire. »

L'équipe repère : « M^me^ Arnaud participe à beaucoup d'animations, elle est même moteur vis-à-vis de certains autres résidents, on rigole avec elle, elle a le sourire. Souvent quand on la voit alors que sa fille vient d'arriver, elle paraît plus renfermée, maussade. »

Que ce soit de la part du médecin traitant ou de certains membres de l'équipe soignante, M^me^ Dupont reçoit régulièrement le message : « Faites en sorte de prendre de la distance… essayez d'appeler un peu moins souvent ou de moins venir… » Et M^me^ Dupont de formuler : « Je n'arrive pas à "lâcher", à prendre cette distance… et en plus si je n'appelle pas je me fais ensuite "engueuler" par ma mère… »

Une rencontre spécifique a d'ailleurs été proposée à M^me^ Dupont regroupant le cadre infirmier, le médecin coordonnateur et la responsable de l'équipe d'aides-soignantes. La présence de cette dernière était d'ailleurs particulièrement souhaitée par M^me^ Dupont. Elle est alors sollicitée sur la perception qu'elle a de sa mère. Elle explique les différents troubles qu'elle perçoit et dit se rendre compte que « ça ne va pas » pour elle. Elle précise également « je ne sais pas ce que je dois faire, continuer à l'appeler, ne plus l'appeler… je ne sais plus trop comment m'y prendre car lors des discussions, elle mélange tout, elle me parle d'éléments du passé qui me touche… je ne la reconnais pas… J'ai un peu honte mais j'avoue parfois souhaiter sa mort… ». M^me^ Dupont manifeste beaucoup d'émotions, et nous sentons alors la détresse dans laquelle elle se trouve.

5. Une ambivalence mère-fille

En considérant ce premier cas clinique, nous pouvons en premier lieu souligner différentes thématiques palpables au travers des éléments de discours.

La plus prégnante est celle de la jalousie. Cette jalousie est particulièrement palpable lorsque M^me^ Dupont dit : « D'un côté je suis ravie, heureuse de savoir qu'elle est heureuse… elle vous a trouvée [dit-elle à la responsable des aides-soignantes], d'un autre côté je suis blessée qu'est-ce

que vous faites de plus que je ne fais pas ? » Et de manière générale, lorsqu'elle pointe cette différence de comportement de sa mère envers l'équipe.

Rappelons que pour S. Freud (1922), « la jalousie se compose essentiellement du deuil, de la douleur causée par l'objet d'amour que l'on croit avoir perdu, et de l'humiliation narcissique […] elle comprend encore des sentiments hostiles dirigés contre le rival qui a été préféré, et un apport plus ou moins grand d'autocritique qui veut rendre responsable le propre de la perte d'amour ». Freud ajoute plus loin que cette jalousie « s'enracine profondément dans l'inconscient, perpétue les toutes premières motions de l'affectivité infantile et remonte au complexe d'Œdipe ou au complexe fraternel de la première période sexuelle ».

Cette jalousie exprimée par M^me^ Dupont signe ainsi une réactivation du complexe œdipien et plus précisément de la phase pré-œdipienne de l'Œdipe féminin. La relation de M^me^ Arnaud et de sa fille retrouve en effet une dynamique faisant écho à la relation infantile. Il s'agit ici d'une relation de grande proximité, de soutien (même si celui-ci est d'une certaine manière inversé).

À l'instar du garçon, la mère est également le premier objet d'amour pour la fille. Ainsi, le complexe d'Œdipe féminin occasionne un nouage particulier. Il est question ici plus précisément de la phase de fixation pré-œdipienne à la mère dans laquelle le père est considéré comme un rival gênant (Freud, 1933). Cette forte fixation à la mère nous dit Freud « finit par disparaître chez la fillette […] il ne s'agit pas ici, en effet, d'un simple changement d'objet, mais bien d'une véritable transformation qui s'effectue sous le signe de l'hostilité ; l'attachement à la mère se transformant en haine ».

Dans le cas de M^me^ Dupont, nous retrouvons bien cette ambivalence envers sa mère et il s'agit là d'une deuxième thématique spécifique à ce cas clinique. En même temps qu'elle nous dit l'aimer, elle nous dit souhaiter que cela cesse. Ce désir est selon nous le signe de l'épuisement de la fille dans l'accompagnement de sa mère. Un conflit, une ambivalence apparaît entre la fille et sa mère, selon, se rejoue là, l'accession au féminin.

De quelle souffrance nous parle-t-elle ? Nous avons effleuré la question de la jalousie et nous avons souligné en parallèle l'interaction à la mère marquée par le sceau de l'ambivalence. Solliciter le concept de double contrainte éclaire également le vécu de M^me^ Dupont. La dynamique relationnelle se résume par « rester trop proche de ma mère est invivable (lui téléphoner régulièrement, discuter avec elle…), m'en éloigner est également invivable (elle m'adresse alors des reproches et pour moi même c'est insupportable, je suis prise par la culpabilité) ». Nous connaissons les effets fort délétères de ce mécanisme de double contrainte ce qui éclaire en partie cette souffrance de M^me^ Dupont. Pour reprendre une image d'optique chère à Lacan, disons ici que la mise au point est particulièrement difficile pour M^me^ Dupont… elle est prise par le flou, la stupeur, la paralysie. Comme si le miroir lui-même déformait et renvoyait une image altérée, floue, peu reconnaissable. M^me^ Dupont nous livre par ailleurs sa difficulté à reconnaître sa mère ce qui vient même se traduire par un sentiment d'inquiétante étrangeté à l'endroit de cette dernière. Il devient alors difficile pour M^me^ Dupont d'approcher sa mère.

Nous voyons ici comment l'accompagnement de son parent peut être source de déstabilisation pouvant solliciter la question identitaire du côté des enfants accompagnants. De qui ou de quoi M^me^ Dupont est-elle jalouse ? L'aspect le plus apparent concerne une jalousie vis-à-vis de l'équipe soignante, de l'institution et peut-être plus particulièrement incarnée par la responsable

des aides-soignantes, Jacqueline. « Je suis blessée, qu'est-ce que vous faites de plus que je ne fais pas ? » ou encore, alors qu'elle s'adresse à sa mère de manière agacée « eh bah, tant mieux pour toi, eh bah voilà, t'as rigolé, eh bien, dis-moi que ça se passe bien… ». Ces paroles révèlent la jalousie de M^me^ Dupont envers l'institution, envers la relation que l'institution a avec sa mère, cette relation qu'elle n'a pas… La réciproque est également vraie, il s'agit également de la relation que sa mère a avec l'institution. Plus précisément encore, M^me^ Dupont reproche à sa mère de prendre du plaisir au sein de l'institution alors que cette dernière s'en défend dans le discours qu'elle tient à sa fille.

Selon les développements concernant l'Œdipe chez la fille « le complexe de castration, loin de détruire le complexe d'Œdipe, en favorise le maintien ; le désir du pénis pousse la fillette à se détacher de sa mère et à se réfugier dans la situation œdipienne comme dans un port » (Freud, 1905). « Or, en se détachant de sa mère pour se tourner vers son père, elle n'a pas abdiqué l'hostilité envers celle-ci, hostilité inhérente aux rapports sentimentaux ambivalents. ». L'identification avec sa mère comporte deux phases. « Durant la première, la pré-œdipienne, ce qui prédomine, c'est l'attachement tendre à la mère, la tendance à prendre celle-ci comme modèle ; durant la seconde l'œdipienne, c'est le désir de voir la mère disparaître afin de la remplacer auprès du père. ».

Ne serions-nous pas là dans le premier temps de l'Œdipe tel que le décrit Lacan (1958) : « Ce que l'enfant cherche, en tant que désir de désir, c'est de pouvoir satisfaire au désir de la mère, c'est-à-dire *to be or not to be* l'objet du désir de la mère. (…) à la première étape, il s'agit donc de ceci – le sujet s'identifie en miroir à ce qui est l'objet du désir de la mère. C'est l'étape phallique primitive, celle où la métaphore paternelle agit en soi… »

Dans la présente situation, M^me^ Dupont rejoue, du fait du contexte, ce passage de la phase pré-œdipienne à la phase œdipienne à proprement dit. Ce dont la fille serait alors jalouse ici, c'est de la relation de sa mère au phallus. L'institution incarne en effet assez clairement la fonction paternelle, en tant qu'il l'a lui. M^me^ Arnaud entretient avec celui-ci une situation de plaisir qu'elle conserve dans le champ de l'intime (n'en parle pas à sa fille). M^me^ Dupont, elle, semble jalouser cette relation et cette prise de plaisir. La mère devient alors une rivale dans cette course au phallus et l'ambivalence, l'« haineamoration » se fait jour. Ce néologisme de Lacan peut se comprendre comme les sentiments amoureux que l'on a, qui parfois oscillent entre la haine, l'amour et l'adoration. Ce néologisme caractérise souvent les relations mère-fille.

S. Freud explique un facteur spécifique expliquant cette haine. Celui-ci est lié au complexe de castration : « La fille en voulait à sa mère de ne lui avoir pas donné de pénis et qu'elle l'en tenait pour responsable. » Plus loin, il ajoute (1925) : « Très sensible au préjudice qui lui a été fait, elle voudrait bien elle aussi, en avoir un machin comme ça. » L'envie du pénis s'empare d'elle.

Rappelons que pour Lacan, le père est une personne qui domine et arbitre le déchirement avide et l'ambivalence jalouse qui fondaient les relations premières de l'enfant avec sa mère…

En résumé, comprenons que l'entrée en dépendance de la personne âgée convie l'enfant à renouer une relation de proximité avec ce dernier. Cette proximité peut rapidement devenir mortifère. En effet, dans ce retour à l'intime du parent, il y a comme un renouage ombilical qui amène la problématique œdipienne à reprendre des reliefs parfois alpins.

Dans le cas présenté ci-dessus, il est question de la relation mère-fille. Une certaine

ambivalence est réactualisée ainsi qu'une dynamique œdipienne appelant l'intervention d'une fonction paternelle. La problématique de jalousie accompagnant cette ambivalence met en évidence une rivalité entre la fille et la mère dans la course vers le phallus. Tantôt la mère y est perçue comme détentrice de ce phallus, tantôt c'est l'institution. Nous voyons dans quelle mesure l'institution porte en quelque sorte cette fonction paternelle. L'institution devient alors le tiers séparateur pouvant assainir la relation mortifère de la dyade mère/fille.

Du point de vue de M^{me} Dupont, c'est très probablement l'institution et peut-être plus précisément la responsable des aides-soignantes qui « satisfait au désir de la mère, qui est l'objet du désir de la mère ». La fille de M^{me} Arnaud est alors destituée de cette place infantile et il y a alors comme un complexe fraternel (rivalité) qui apparaît.

Nous pouvons enfin souligner la dimension des identifications. Celles-ci sont également mises en branle. L'image de la mère peut en effet devenir impossible à voir pour M^{me} Dupont.

6. Conclusion

Comme nous l'avons vu, l'entrée en dépendance du parent âgé convie les proches dans une sphère d'intimité certaine. Dans le contexte de l'accompagnement des parents par les enfants, cela réactive des enjeux œdipiens.

Ce point est une clé de compréhension importante dans le contexte institutionnel. Il peut en effet servir d'outil d'analyse et de guidage dans le positionnement et l'accompagnement des familles vis-à-vis de leurs proches.

L'institution est fondamentalement un tiers présent entre les résidents accueillis en institution et leurs proches. Cette sphère institutionnelle se doit de soutenir et préserver la reconnaissance subjective des personnes accompagnées. Cette démarche que nous pouvons qualifier d'éthique est régulièrement entravée du fait du positionnement de nombreuses familles. Comme nous l'avons vu, le rapport à l'institution comme celui envers leur parent résident est teinté de leur problématique œdipienne. Ainsi, nous retrouvons des positionnements divers allant de l'attaque, la confrontation, la demande de soutien, de reconnaissance, en passant par la séduction, le déni, etc. Ceci met en évidence la singularité de l'accompagnement et de chaque accueil d'une famille.

Conclusion

La psychologie du vieillissement par le prisme de sa prise en charge, tel était notre pari inaugural. Le projet de présenter la prise en charge institutionnelle, la globalité du soin psychique et physique comme une porte d'entrée pragmatique à la psychologie de la personne âgée se conclut ici.

Connaître l'autre vieillissant en analysant ses deux grandes pathologies (la dépression et la maladie d'Alzheimer) sans omettre le vieillissement normal permet de bien saisir la spécificité du travail en gérontologie. Cette dernière n'est pas unifiée, nous l'avons dit la rencontre avec l'autre « vieux » nécessite une focale multiple. C'est pourquoi nous avons systématiquement donné la parole à des praticiens, des psychologues au plus près des réalités du quotidien.

Comprendre l'autre âgé, pouvoir saisir comment agir pour le rencontrer, apprendre à son contact sont autant de points qui nous ont semblé essentiels. Nous avons aussi tenté de montrer la richesse du travail du psychologue, la pluralité des savoirs et l'humanité de la démarche clinique. En espérant avoir contribué à faire connaître ce domaine passionnant et amener plusieurs étudiants dans ce champ de recherches et de pratiques cliniques plurielles.

Bibliographie

AULAGNIER P. (1975), *La Violence de l'interprétation*, Paris, PUF.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995), *DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson.

BRUN A. (2011), « Repères pour une évaluation de la créativité », *Gérontologie et société*, 137-2, 49-65.

CHOUVIER B. (2010), « La médiation dans le champ psychopathologique », *Le Carnet PSY*, 141-1, 32-35.

ESQUIROL E. (1838), *Des maladies mentales*, Google Book : http://books.google.fr/books?id=ekXaeCuLJhIC&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage

FEDIDA F. (2001), *Des bienfaits de la dépression, éloge de la psychothérapie*, Paris, Odile Jacob.

FEIL N. (2005), *La Validation. Méthode Feil : comment aider les grands vieillards désorientés*, Paris, Lamarre.

FREUD S. (1904), *La Technique psychanalytique*, Paris, PUF, 2005.

FREUD S. (1905), *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Points, 2013.

FREUD S. (1917), « Deuil et mélancolie », *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1982.

FREUD S. (1922), « Sur quelques mécanismes névrotiques dans la jalousie, la paranoïa et l'homosexualité », *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1991.

FREUD S. (1925), « Quelques conséquences psychiques de la différence anatomique des sexes », *La Vie sexuelle*, Paris, PUF, 1965.

FREUD S. (1933), *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Folio, 1989.

GUILLAUMIN J. (1982), « Le temps et l'âge, réflexions psychanalytiques sur le vieillir », *Le Temps et la Vie*, Lyon, Chroniques sociales.

HAZIF-THOMAS, ARROYO-ANLLO T. (1999), « Histoire du concept de démence », *Gérontologie et société*, n° 88, 49-78.

HYBLER M., PASSAT N., PENOTY J. (1999), « Phénoménologie des démences », *Gérontologie et société*, n° 88.

KLEIN M. (1959), *La Psychanalyse des enfants*, Paris, PUF.

KLEIN M., RIVIERE J. (1937), *L'Amour et la Haine*, Paris, Payot.

KRAEPELIN E. (1883), *Leçons cliniques sur la démence précoce et la psychose maniaco-dépressive*, Paris, L'Harmattan, 1997.

LACAN J. (1958), « La métaphore paternelle », *Le Séminaire. Livre V. Les Formations de l'inconscient*, séminaire du 22 janvier 1958, Paris, Seuil, 1998.

LE GOUÈS G. (1991), *Le Psychanalyste et le Vieillard*, Paris, PUF.

MAISONDIEU J. (1989), *Le Crépuscule de la raison. Comprendre, pour les soigner les personnes âgées dépendantes*, Paris, Bayard.

MONTANI C. (1997), *La maladie d'Alzheimer quand la psyché s'égare*, Paris, L'Harmattan.

PANCRAZI J.-M. (2000), « Au carrefour du cognitif et de l'affectif : les relations entre dépression et démence », *Confrontations psychiatriques*, 41, 323-361.

PEDINIELLI J.-L., LERNOUT P., MOROY F. (1985), « Les crises suicidaires chez les personnes âgées : narcissismes, deuil et trépas », *Psychologie médicale*, vol. 17.

PÉRUCHON M. (2000), « Le trauma et ses aménagements défensifs dans la démence sénile de type Alzheimer », *Psychothérapies des démences*, vol. 39, 84-87.

PLOTON L. (1996), *Maladie d'Alzheimer à l'écoute d'un langage*, Lyon, Chroniques sociales.

PRADAT-DIEHL, DURAND E., MAZEVET D. (2000), « Place de la rééducation des troubles cognitifs des démences », *Annales de réadaptation et de médecine physique*, vol. 43, n° 3, 146-148.

QUADERI A. (2003), « La psychanalyse au risque de la démence. Le pari pascalien dans la clinique du dément », *Cliniques méditerranéennes*, 67-1, 33-52.

SUDRES J.-L., ROUX G., LAHARIE M., LA FOURNIÈRE F. de (dir.) (2004), *La Personne âgée en art-thérapie*, Paris, L'Harmattan.

WINNICOTT D. W. (1969), « La théorie de la relation parent-nourrisson » (1960), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.